

# Håndtering av taushetsplikten på en postoperativavdeling

Gabriele Salome Oehninger-Storvoll



Mastergradsoppgave i profesjonsetikk og diakoni  
ved Det teologiske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Veileder: førsteamanuensis Lisbeth Thoresen

vår 2010



© Forfatter

År 2010

Tittel: Håndtering av taushetsplikten på en postoperativavdeling

Forfatter: Gabriele Salome Oehninger-Storvoll

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



*„Man muß die Autoren auf eine bestimmte Fragestellung hin lesen, um ihnen das beste abzufordern, das sie geben können.“ (Bourdieu, 1982: 45)*

Diese Arbeit widme ich meinem Vater, Robert Heinrich Oehninger, Theolog und Schriftsteller. Mit meinem Universitätsgrad von der Theologischen Fakultät in Oslo möchte ich ihm meine Dankbarkeit dafür erweisen dass, er in mir das Interesse an den Geisteswissenschaften geweckt hat.

# Forord

*Mille viae ducunt hominem per saecula Romam*

Å skrive denne oppgaven har vært en lang og ikke alltid like enkelt prosess. Jeg har opplevd nedturer og motbakker; å skrive en masteroppgave i etikk gir meg en helt annen erfaring enn å skrive om informasjonsteknologi; et område som har mer ”harde” verdier.

Jeg har satt meg inn i jurisprudens, arkitektoniske utfordringer, sykepleie og frem for alt etikk. Det var ikke lett å avgrense området jeg skrev om, jo mer jeg har lest om etikk jo mer skjønner jeg at jeg skulle fordypet meg ytterligere. Da hadde min horisont blitt utvidet og jeg hadde testet den hermeneutiske sirkelen på meg selv, men oppgaven ville til gjengjeld aldri blitt ferdig.

I løpet av studiet har jeg funnet mange paralleller til uttrykk og talemåter som min far brukte mens jeg fortsatt gikk på skolen og ikke satt pris på fordi jeg manglet grunnlag til å forstå, kunne ikke sette de i konteksten. Mange år senere tenker jeg tilbake til opplevelsene og erfarer det samme, nemlig at det ikke er enkelt for andre å kunne følge med mine tanker, det er som Bourdieu sa, alle mennesker er preget av sin habitus.

Etter to år med intensiv lesing i et nærmest ermitlignende liv på arbeidsværelset mitt gleder jeg meg til igjen å være synlig for familie og venner.

Takk til alle som holdt ut mens jeg tok mine to mastergrader.

Fredrikstad, april 2010

Gabriele Salome Oehninger-Storvoll



# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Presentasjon av problemfelt.....	2
1.3	Avgrensing av problemfeltet .....	4
1.4	Eksisterende forskning .....	4
1.5	Presentasjon av problemformulering .....	5
1.6	Postoperativavdeling .....	6
1.7	Oppbygging av oppgaven.....	8
2	Teoretisk bakgrunn.....	10
2.1	Fenomenet taushetsplikt .....	10
2.2	Taushetsplikten fra juridisk perspektiv.....	11
2.2.1	Spesialisthelsetjenesteloven .....	14
2.2.2	Helsepersonelloven .....	14
2.2.3	Pasientrettigheter .....	17
2.2.4	Forskrift om pasientjournal .....	18
2.3	Dokumentasjon og elektronisk pasientjournal .....	20
2.3.1	Hvorfor det er viktig å dokumentere helsehjelp .....	20
2.3.2	Formelle krav til dokumentasjon og dokumentasjonssystemer .....	21
2.3.3	Formelle krav til dokumentasjon av helsehjelp.....	21
2.3.4	Hva er en elektronisk pasientjournal? .....	22
2.3.5	Dokumentasjonsprosessen .....	23
2.4	Etisk perspektiv .....	23
2.5	Tillit .....	25
2.6	Nærhetsetiske perspektiver.....	27
3	Presentasjon av metode .....	30
3.1	Kvalitativ metode .....	31
3.2	Kvalitativt forskningsintervju.....	32
3.3	Egen forforståelse .....	32
3.4	Gruppeintervju som metode .....	33
3.5	Forberedelser .....	35
3.6	Intervjuguide.....	35



3.7	Utvalg av respondenter .....	37
3.8	Intervjusituasjon .....	38
3.9	Transkribering og analyse og fortelling.....	40
3.10	Etiske overveielser .....	41
4	Presentasjon av datamaterialet .....	42
4.1	Pasienter kan overhøre det som blir sagt .....	42
4.2	Pårørende som ufrivillige tilhører.....	44
4.3	Hvordan leger håndterer taushetsplikten .....	45
4.4	Sykepleiernes opplevelse av brudd på taushetsplikten.....	47
5	Drøfting .....	50
5.1	Kontekst.....	50
5.2	Personalets omgang med taushetsbelagt informasjon .....	53
5.3	Pasientens situasjon .....	54
5.4	Mellommenneskelige aspekter .....	57
6	Avslutning .....	60
	Litteraturliste .....	62
	Vedlegg: .....	68



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I alle år som sykepleier har jeg vært opptatt av dokumentasjonen, korrekt føring av anestesijournalen og senere dokumentasjon på intensivkurven. Jeg er fortsatt bevisst på hva jeg dokumenterer og hvilket språk jeg bruker. Ved flere rettssaker har sykepleiedokumentasjon vært avgjørende fordi legejournalen ikke var bra nok ført.

Taushetsplikt er en plikt til å hindre at visse opplysninger, herunder opplysninger om noens personlige forhold, blir kjent for uvedkommende. Alle ansatte i den offentlige helse- og omsorgstjenesten er omfattet av taushetsplikt, men etter ulike lovbestemmelser.

Loven pålegger dessuten alt helsepersonell journalføring og det er viktig at behandlingsforløpet kan rekonstrueres med hjelp av journalen.

Jeg har en mastergrad i Helseinformatikk, et grunnlag som gjør at jeg er opptatt av datasikkerheten på sykehuset og bruken av elektronisk pasientjournal. Her nevner jeg spesielt snoking i pasientjournalene som har blitt straffbart siden 2008, men fremdeles forekommer, da det fortsatt er en forholdsvis liten sjanse for å bli tatt. Det fokuseres sterkt på omgang med konfidensielle opplysninger, oppbevaring og behandling av pasientjournaler. På dette område ligger et stort forbedringspotensial som det må satses på, blant annet hvem som har tilgang til hvilke deler av journalen og tiltak for å unngå misbruk. Med jevne mellomrom dukker det opp i mediene at pasientopplysninger har havnet i hendene til uvedkommende. For personen som utsettes for krenkelse av sitt personvern er det en dårlig opplevelse og tilliten til helsevesenet kan svekkes. Senest i februar kom det frem i media at en overlege ved Sykehuset Østfold har vært inne i journalen til en annen ansatt og leste 22 dokumenter uten at han hadde noe å gjøre med behandlingen av vedkommende. Videre skrives det at overlegen har fått en advarsel fra arbeidsgiveren, men at man ikke skal gå videre til Statens Helsetilsyn med saken. Dessuten har legen bedt den fornærmede om unnskyldning. Sykehuset melder at det er nulltoleranse for en slik ukultur; dessverre er denne legen ikke den eneste som har blitt tatt. (Gimmingsrud 2010)

I min arbeidshverdag, på en postoperativ avdeling på et sykehus i Helse Sør-Øst, har det blitt innført gode rutiner i omgangen med pasientjournalen. På den ene siden ligger det meste av sensitive pasientopplysninger på EPJ (elektronisk pasientjournal) hvor helsepersonellens tilgang til enhver pasientjournal kan begrenses og blir loggført automatisk. Det er fortsatt noe papirbasert dokumentasjon igjen som følger pasienten og den er planlagt til å forsvinne i fremtid. At det likevel fortsatt lekker en del pasientopplysninger ut til uvedkommende, skyldes mye personalets sløvheter i omgang med personvern og taushetsplikt. I denne oppgaven skal jeg fokusere på den muntlige overleveringen av sensitive opplysninger.

Fra den skriftlige dokumentasjonen har jeg tatt steget videre til problemområdet jeg vil se på; taushetsplikten og dens krenkelse i muntlig omgang med taushetsbelagt informasjon på et sykehus' akuttavdeling.

Når det ligger flere pasienter på samme rom er det ikke til å unngå at noen kan få med seg en del av medpasientenes samtaler med lege og sykepleier. Overalt på sykehusene hvor det ligger flere pasienter på et rom eksisterer dette problemet; det er ikke et nytt fenomen, men først i det siste har også pasientene begynt å bli oppmerksom på personvern og taushetsplikt. Etter pasientklager har rutinene på sengepostene blitt endret og samtaler med sensitiv innhold blir gjennomført på tomannshånd, enten på et annet rom eller de andre pasienter blir bedt om å gå ut.

## **1.2 Presentasjon av problemfelt**

Utgangspunkt for mitt temavalg er en situasjon på min arbeidsplass hvor en ansatt ringte til en annen vedrørende pasienten jeg var ansvarlig for. Pasientens identitet, sykdomsbildet og de nyoppståtte problemene som vedkommende søkte råd for ble nevnt og kunne ikke unngås å bli overhørt av noen som oppholdt seg på samme rom. Lignende hendelser har jeg vært vitne til mange ganger i løpet av mitt arbeidsliv.

Er det mulig at vi er så lite klar over at andre kan høre når vi snakker i telefon eller får rapport om en ny pasient?

Alle som arbeider på et sykehus har undertegnet et løfte om taushetsplikt, men hvordan blir det praktisert i hverdagen? Etter hvert som jeg har spurt mine medarbeidere fikk jeg høre flere og til dels utrolige historier om samme problem.

Det har blitt fokusert på den skriftlige dokumentasjonen og hvordan dokumentene skal behandles slik at uvedkommende ikke får innsyn. Papirjournalen er nesten borte og det lille som er igjen blir lagt i en konvolutt når pasienten sendes til avdelingen sin. Snoking i den elektroniske journalen har blitt straffbart i den nye helseloven.

Likevel brytes taushetsplikten flere ganger daglig når de ansatte snakker med og om en pasient og det ligger flere pasienter på samme rom.

Situasjonen som jeg har beskrevet skjedde på en postoperativavdeling som er et stort rom med mange sengeplasser som kun er adskilt med gardiner; telefoner og datamaskiner er plassert sentralt i rommet som en slags øy. Fra denne plassen foregår det meste av kommunikasjon med sammenarbeidende helsepersonell og skriftlig dokumentasjon av pasientforløpet.

Pasienter fra operasjonsstuen gis rapport om ved sengen, det samme skjer når pasienten får informasjon fra oss eller en lege. Et faktum som gjør at det ikke er til å unngå at pasientene får med seg en del av det som blir sagt rundt dem.

Profesjonelle har taushetsplikt, men det har ikke medpasienter eller pårørende som oppholder seg på samme sted. Flere ganger har disse fortalt om noen som lå på sykehuset sammen med dem eller en av deres pårørende.

Det ligger mange og delvis meget syke pasienter på postoperativavdeling; en stor del av dem er våkne og ligger kun en kort stund, mens andre ligger der ganger over flere dager. Disse får da naturligvis ha sine pårørende rundt seg, det samme gjelder for barn og noen spesielle pasientgrupper.

Da er det ikke til å unngå at uvedkommende får med seg en del av det som skjer på avdelingen, og mange situasjoner er lite tilfredsstillende for alle parter.

Intervjuet med sykepleiere fra en postoperativavdeling underbygger mine erfaringer og observasjoner, nemlig at taushetsplikten blir brutt mange ganger per dag.

Jeg skiller aktiv (snoking) og passiv brudd av taushetsplikt (en samtale blir overhørt av uvedkommende), det aktive er regulert i den nye loven, det passive har mye med holdningene fra helsepersonell å gjøre. Jeg har ingen løsning og lar det stå åpent om den finnes. Problemet belyses ut fra loven og den etiske aspekten.

## 1.3 Avgrensning av problemfeltet

Jeg avgrenser problemfeltet til sykepleiere som arbeider med pasienter som er innlagt på postoperativ avdeling. For å unngå å bli involvert i problemet med forskning på egen arbeidsplass har jeg valgt å gjennomføre datainnsamlingen ved et annet sykehus i Helse Sør - Øst; Avdelingen der har kun voksne pasienter. Det er ingen pasienter eller – informasjon involvert.

Min fokusering er kun rettet mot helsepersonell og selv om det er flere yrkesgrupper innom en postoperativavdeling har jeg valgt å intervju sykepleiere og få høre på deres opplevelse i omgang med taushetsbelagt informasjon. Undersøkelsen omfatter kun den muntlige overleveringen av taushetsbelagt informasjon.

På en slik spesialavdeling består bemanningen kun av sykepleiere, flertallet med spesialutdanning i intensiv- eller anestesisykepleie, jeg kommer fra nå av kun å bruke yrkesbetegnelsen sykepleier og hun for å gjøre det enhetlig. Leger og pasienter som omtales blir omtalt som han/ hun. Det er den vanlige arbeidsdagen som belyses.

## 1.4 Eksisterende forskning

Da jeg hadde bestemt meg for å forske på omgangen med taushetsbelagt informasjon på en akuttavdeling, ville jeg lete etter eksisterende forskning. Temaet er meget aktuelt og jeg forventet å finne mange artikler som berørte temaet. Jeg brukte helsebibliotekets side og derfra tilgang til databasene med medisinske artikler; Søkene foregikk på norsk, engelsk og tysk. For å være på den sikre siden spurte jeg sykehusets fagbibliotek om hjelp. Det var lite å finne, det finnes noen artikler som tar intensiv og akuttmottak for seg, om postoperativ fant jeg ingenting. Noen mindre relevante artikler for temaet jeg hadde tenkt å forske på fant jeg, de fleste handlet om brudd på taushetsplikten på en vanlig sengepost eller mer generelle betraktninger.

Følgende søkebegrep ble brukt:

*Emergency department design and patient perceptions of privacy and confidentiality; Confidentiality in health care: conflicting legal and ethical issues; Maintaining*

*confidentiality and information-giving in intensive care; Taushetsplikt, intensivavdeling, postoperativ, personvern, etikk; Schweigepflicht, Rapport, Intensivstation, Datenschutz, Ethik.*

Av alle artikler jeg har lest gjennom fant jeg til slutt fire som var relevante for min forskning. En handlet om innsynet i pasientdokumentasjon på en intensivstasjon og informasjon til pårørende når det var mange personer som var involvert i pasientbehandlingen.

Artiklene som passet best til min oppgave var en kvantitativ pasientundersøkelse (Karro 2005) og en feltobservasjon (Mlinek 1997), der observatørene inntok pasientplasser eller venterom på et akuttmottak og observerte hvor mye taushetsbelagt pasientinformasjon de kunne overhøre. Resultatet var at taushetsplikten ble brutt av all helsepersonell som var innom mottaket. Feltstudien ble supplert av en spørreundersøkelse der personalet ble spurt om hvordan de handlet i forskjellige situasjoner. Resultatet var nedslående, observasjon og svarende viste helt forskjellige resultater. Denne studien trekker dessuten konteksten med i drøftingen. avsluttet I en observasjonsperiode ble taushetsplikten brudd i 5 av 7 tilfeller (navn, diagnose og undersøkelse).

Den kvantitative undersøkelsen (Karro 2005) baserer på pasientsvar. Opplevelse av personvern og ”blotting”, dvs. at deler eller hele pasient var synlig for uvedkommende. Her svarte 86 % av de spurte at personvernet var viktig for dem.

## **1.5 Presentasjon av problemformulering**

De ansatte på postoperativ avdelinger må takle problemet individuelt og derfor er min foreløpige spørsmålsstilling:

*Hvordan erfarer sykepleiere at taushetsbelagt informasjon håndteres på en postoperativavdeling?*

*Hva er deres refleksjoner vedrørende pasientenes personvern?*

## 1.6 Postoperativavdeling

Med beskrivelsen av en postoperativavdeling, hvordan den ser ut, er innredet, samtidig som jeg vil gi et inntrykk av arbeidsavløpet, kan leseren forestille seg at avdelingen fysisk ikke er tilrettelagt for å ivareta taushetsplikten.

Postoperativ- og intensivavdeling ligger bak samme inngangsdør. For å komme i kontakt med personalet må det ringes på. Når man kommer inn befinner man seg i en korridor med noen sitteplasser hvor pårørende kan ta plass mens de venter til å komme inn til sine kjære. Adgang for besøk er begrenset og kun etter avtale med personalet, det er viktig å beskytte pasientene. Pasienter som ligger på intensivstasjon er meget syke og det foregår undersøkelser og behandling når som helst på døgnet.

Jeg skal ta leseren med på en gang gjennom postoperativavdelingen. Som navnet sier er det stedet hvor pasientene flyttes til etter en operasjon, de vitale funksjonene (hjerterytme, blodtrykk, pusten, surstoffmetningen, kroppstemperatur og urinmengde) overvåkes kontinuerlig, de får smertelindring og annen nødvendig behandling før de overflyttes tilbake til moderavdelingen. Postoperativavdelingen er en såkalt serviceavdeling, dvs. ingen post med faste pasienter, men yter service for pasienter som tilhører en annen sengepost. Det kan være barn og voksne som over en tid trenger ekstra overvåking eller behandling som ikke kan gis på en vanlig sengeavdeling. De fleste sykepleiere som arbeider på en tilsvarende avdeling har spesialutdanning i intensiv- eller anestesisykepleie.

Avdelingen består av et stort rom med plass til mange pasienter, sengeplassene skilles kun av gardiner som kan trekkes frem og alle plasser har fastmontert overvåkingsutstyr. I midten av rommet er personalets arbeidsplasser med datamaskiner og telefoner; flere hvitkledde sykepleiere sitter og arbeider med datamaskin, nesten all pasientdokumentasjon gjøres elektronisk.

Med plass til mange pasienter på samme rom følger også en del støy, alarmer som går, telefoner som ringer og ikke minst mennesker som prater. For våkne pasienter kan det være slitsom å bli liggende på et så stort rom over lengre tid, det er ikke mye ro på dagtid og det er vanskelig å unngå at de får med seg en del av det som skjer rundt dem. Sengene skjermes kun med gardiner og i perioder kan støynivået være høyt.



Sengeplassene blir fordelt på sykepleiere som er på vakt, det må tas hensyn til pasientens alder, tilstand og inngrep. Det kan derfor variere at en sykepleier får ansvar fra en til tre pasienter. I løpet av et døgn kommer mange pasienter innom postoperativavdelingen, noen ligger kun over en kort periode, mens andre kan bli liggende i flere døgn.

Gjennom døren fra operasjonsstuene kommer to grønnkledde sykepleier trillende på en seng, velger den ledige plassen i midten på den ene veggen og begynner å koble pasienten til monitoren. Det er anestesio- og operasjonssykepleieren som har vært med under operasjonen.

Sykepleieren som er ansvarlig for den aktuelle sengeplassen kommer for å ta imot rapport om operasjonsforløpet. Operasjonssykepleieren har et ark med viktige opplysninger fra operasjonen, hvem pasienten er, navn til de ansvarlige personer under operasjonen, pasientens leie, suturmaterialet og bandasjer som ble brukt. Siden er det anestesisykepleieren tur å gi rapport om hendelsene i sammenheng med narkosen. Det kan være problemer som har oppstått underveis, ting vi skal være oppmerksomme på, eller at det ikke har vært noe utenom det vanlige forløpet. Som spesialsykepleier er vi klar over at det kan oppstå uventede problemer, selv hvis alt har gått etter skjema.

Mens vi holder på med rapport ringer telefonen og anestesilegen melder en pasient som har blitt dårlig og ikke kan ligge på vanlig sengepost. En annen sykepleier som er på vakt tar seg av dette, men først må hun sende sin pasient på sengepost. Det tar tid å sende en pasient på post, og den nye pasient er allerede på vei ned til postoperativavdeling. For å ha flyt i rotasjon av pasientene er det viktig å organisere overflyttingen tidsnok. Det er flere ledd som er involvert før pasienten kan sendes videre i systemet. Rapport om den overflyttingsklare pasienten gis telefonisk, røntgen må rekvireres hvis nødvendig, portør bestilles elektronisk per datamaskin og hun må rekke å gjøre i stand plassen før den nye kommer.

På en akuttavdeling er det store krav både til å mestre teknologisk utstyr, men også til kunnskap og kompetanse om hvordan pasienten og pårørende skal ivaretas i en sykehushverdag med stadig større krav til effektivitet. Ofte møter vi mennesker i en krisesituasjon, da er det viktig å vise omsorg og ta seg god tid til å lytte og forklare. På en slik avdeling er det uventede en faktor man må regne med, det kan være meget stille og en time senere har situasjonen snudd seg og det kan være krevende å beholde situasjonen under kontroll.

Gardinene til nabosengene trekkes frem for å beskytte mot sengeplassen ved siden av, men likevel er det åpent innsyn mot midten av rommet for at pasienten kan ses av sykepleierne, observasjon av pasienten er et viktig aspekt når han trenger spesiell overvåking. Å bevare pasientens privatatmosfære er en stor utfordring for alle ansatte, sengene står tett og pasienten eller pårørende som er ved siden av kan høre hva som blir sagt og skjerming med kun gardiner er ikke alltid tilstrekkelig. Selv når de ansatte gjør så godt de kan i omgang med taushetsbelagt informasjon er det flere faktorer som har betydning.

I dag får pasienter narkosemidler som de fort våkner av igjen, enkelte får kun bedøvelse i deler av kroppen og da kan de som vil få mye mer med seg av det som skjer rundt om i rommet. På grunn av inngrepet de har gjennomgått kan det likevel være nødvendig at de ligger på postoperativ avdeling over flere timer.

Når det er telefoner som det må svares på, leger som går visitt og sykepleiere som snakker med pasienter og hverandre mens de arbeider, er det lett for en våken pasient, eller pårørende, å høre eller se noe som ikke var ment å være for dem; gardinene beskytter ikke optimalt for inn- og utsyn heller.

Pasientene føler likevel at de ligger på et trygt sted og da godtar de en fysisk kontekst som ikke er optimal.

## 1.7 Oppbygging av oppgaven

I denne oppgaven har jeg valgt å gi et innblikk i problemområdet og presentere konteksten for hendelsen. Senere presenterer jeg teorien rundt personvern og taushetsplikt i helsevesenet; i mitt tilfelle akuttmedisin og postoperativavdeling. Den belyses fra lovens og den etiske siden i forhold til helsepersonell og pasienter; i tillegg et underkapittel om tillit.

Etter at jeg har presentert den aktuelle teorien for denne oppgaven, følger en egen metodedel, der gjør jeg rede for de metodiske valg jeg har tatt og som er relevante for denne typen forskning jeg har gjennomført.

I empiridelen presenterer jeg data jeg har samlet inn gjennom intervjuet og presenterer problemet med omgang av taushetsbelagte opplysninger i henhold til hovedtrekkene som kom frem i undersøkelsen. Her trekkes det inn tidligere forskning som viser interessante paralleller til mine funn.

Jeg avrunder med en egen drøftingsdel der jeg diskuterer oppgavens empiri og teori. Dessuten løfter jeg frem noen av dilemmaene og svakhetene som kom frem under intervjuet.

I oppgavens siste kapittel oppsummerer jeg hovedtrekk og hva jeg har lært mens jeg gjennomførte oppgaven.

## 2 Teoretisk bakgrunn

I denne delen av oppgaven vil jeg vise til litteratur i tilknytning til taushetsplikten. Loven berører de profesjonelle, pasienten og sykehuset som institusjon. Senere i kapittelet går jeg inn på den mellommenneskelige faktoren av taushetsplikten. Jeg skal presentere begrepet taushetsplikt ut fra etisk og juridisk perspektiv.

### 2.1 Fenomenet taushetsplikt

I forhold til oppgaven om muntlig overføring av sensitiv informasjon på en akuttavdeling, kommer jeg å fordype meg i de forskjellige emner og belyse hva begrepet inneholder ut fra forskjellige perspektiver: Juridisk, etisk og fenomenet taushetsplikt. Andre aspekter og unntak fra taushetsplikten kommer jeg ikke å ta opp.

Taushetsplikten er grunnlaget for å beskytte enkeltindividets privatsfære. Flere områder i samfunnet er underlagt taushetsplikten som for eksempel jurister, teologer og helsepersonell. De eldste kjente taushetsplikter er knyttet til skriftemålet i kirken og i legenes yrkesed.

Grunnlaget for taushetsplikten er tillitt; klienten kan være ærlig og ytre seg om ting som ellers ikke ville blitt tatt opp. I tidens løp har det kommet frem en del historier om informasjon som ble gitt i en slik sammenheng, og som kunne forandret skjebnen til medmenneskene hvis ikke yrkespersonen hadde vært bundet til taushetsplikt. Alle ansatte i den offentlige helse- og omsorgstjenesten er omfattet av taushetsplikt, men etter ulike lovbestemmelser.

Personen som gir fra seg opplysninger til en slik yrkesgruppe skal være trygg på at disse blir behandlet konfidensielt. Vedkommende må kunne ytre seg om saker og ting som ellers ikke ville blitt tatt opp. I medisinsk sammenheng kan åpenhet være avgjørende for et riktig behandlingsgrunnlag.

Det er et alvorlig brudd i tilliten når opplysninger som er gitt i god tro om at de blir behandlet konfidensielt, likevel blir brakt videre uten de involvertes samtykke. I dag er taushetsplikten i profesjonell sammenheng lovregulert og et brudd er straffbart.

At jeg skriver om dokumentasjon baserer jeg på det faktum at flere sykehusavdelinger har innført ”stille rapport”, dvs. at sykepleiere ikke lenger snakker om pasientene under rapporten. All relevant informasjon skal skrives i journalen og vedkommende som overtar

ansvaret skal kunne lese hva som har blitt gjennomført eller planlagt tidligere i behandlingssammenheng. Unødvendige samtaler skal unngås.

## 2.2 Taushetsplikten fra juridisk perspektiv

Både etikken og jussen handler om hva som er den riktige måten å tenke og handle på når det gjelder å løse dilemmaer og konflikter. Lover gir uttrykk for normer som samfunnet har bestemt at borgerne skal innrette seg etter. De er virkemidler til å realisere overordnede og prioriterte verdier og normer; foruten å være grunnleggende i samsvar med menneskerettighetene gir de ofte uttrykk for kompromisser mellom forskjellige verdier, behov, interesser og andre hensyn.(Johannessen 2007: 197-198)

Lover vedtas av stortinget; helse- og omsorgsdepartementet fremmer helselover.

Taushetsplikten kan forankres i *fundamentale menneskerettigheter*. Den er nedfelt i Den europeiske menneskerettskonvensjonen fra 1950, artikkel 8, med et generelt vern om privatliv og korrespondanse. Det er respekten for enkeltindividers personlige integritet, herunder interesse av ikke å få sin anseelse forringet utad, som er det bærende motiv i de overveielser som ligger til grunn for bestemmelsene

Taushetsplikten omfatter personens opplysninger som navn, religion, helseforhold, sosiale forhold, økonomi, arbeidsforhold, familieforhold, bidragsplikt og seksuell legning. For den det gjelder er taushetsplikten en *lovregulert innskrenkning i ytringsfriheten*; en rett til å kunne uttale seg fritt. Denne friheten kan kun innskrenkes når det foreligger en lovhjemmel.

Taushetsplikten gjelder kun under utførelse av tjenesten, eller når opplysninger mottas i egenskap av yrkesrollen. Taushetspliktbestemmelsene gir ikke hjemmel for å pålegge personellet taushetsplikt i andre sammenhenger. I praksis kan det oppstå spørsmål om helsepersonellet har mottatt opplysningene i yrkessammenheng (Ohnstad 2003: 30).

Taushetsplikt er en plikt til å hindre at visse opplysninger, herunder opplysninger om noens personlige forhold, blir kjent for uvedkommende. Alle ansatte i den offentlige helse- og omsorgstjenesten er omfattet av taushetsplikt, men etter ulike lovbestemmelser. (Helse- og omsorgsdepartementet 2007)

Det har vært omfattende endringer i helselovgivning i Norge ved tusenårsskiftet. Disse endringer stiller store krav til helsepersonells kunnskap og forståelse. For å kunne sikre

pasienters lovmessige rettigheter til helsetjeneste er det nødvendig å ha innsikt i lover og forskrifter. I tillegg til lover finnes også forskrifter som helsepersonell må følge. En forskrift er en rettslig bindende regulering som må ha hjemmel i lov. Å overtre forskrifter kan være straffbart. Dette forutsetter at enten den aktuelle hjemmelsloven eller forskriften selv foreskriver dette. For å kunne tolke og forstå hva regelverket betyr, er det benyttet ulike rettskilder og laget veiledning om regelverk for helsetjenesten. Dersom ulike lover og forskrifter skulle stå i motsetningsforhold til hverandre, er det prinsipper for hvilke som har forrang. Øverst på rangstigen står grunnloven, nederst har vi forskrifter som må ha sin hjemmel i lov for å være rettslig bindende. De fleste helselover er aktuelle for helsepersonell og dermed sykepleiere.

### **Lovene i overordnet rekkefølge**

Det finnes mange regler som regulerer taushetsplikt. De viktigste av disse finnes i *forvaltningsloven*, men også et stort antall lover med mer begrenset rekkevidde har regler om taushetsplikt. I tillegg har enkelte virksomheter bestemmelser om taushetsplikt i egne instruksjoner.

Offentlige organers saksbehandling skal følge forvaltningsloven. Prinsipielt skal dokumenter som produseres i offentlig forvaltning være tilgjengelig for innsyn med noen unntak som for eksempel helseopplysninger. (Ohnstad 2003: 17-18) Disse kommer inn under § 13 som omhandler forholdene som er taushetsbelagte. Sykehus, som offentlige organer, er underlagt forvaltningsloven som øverste instans og deretter særlovene som loven om spesialisthelsetjeneste og medfølgende lover som beskrives under. Personalet i administrasjonen omfattes av forvaltningsloven, mens helseprofesjoner er bundet til helsepersonelloven som er strengere.

§ 1. (lovens generelle virkeområde).

*Loven gjelder den virksomhet som drives av forvaltningsorganer når ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov. Som forvaltningsorgan regnes i denne lov et hvert organ for stat eller kommune. Privat rettssubjekt regnes som forvaltningsorgan i saker hvor det treffer enkeltvedtak eller utferdiger forskrift. (forvaltningsloven)*

Reglene om taushetsplikt etter forvaltningsloven er gitt i lovens §§ 13 til 13 e.

Forvaltningsloven gjelder for den virksomhet som drives av organ for stat, fylkeskommune og

kommune. Sykehustjenesten omfattes således av bestemmelsen. Dette fremgår også av de respektive lovers bestemmelser om taushetsplikt, som alle har en henvisning til forvaltningsloven når det gjelder taushetsplikten innhold. Ansatte i spesialisthelsetjenesten som ikke er underlagt profesjonsbestemt taushetsplikt, har taushetsplikt etter forvaltningsloven. I tillegg til den yrkesmessige taushetsplikten kan en slik plikt følge av ansettelsesforholdet, enten i arbeidsavtalen eller av annen lovgivning som regulerer dette forholdet. De helseprofesjoner som er underlagt profesjonsbestemt taushetsplikt, har imidlertid først og fremst taushetsplikt etter helsepersonelloven.

Taushetsplikten gjelder også etter at vedkommende har avsluttet tjenesten eller arbeidet. Han kan heller ikke utnytte opplysninger som er nevnt i denne paragrafen i egen virksomhet eller i tjeneste eller arbeid for andre. (Ohnstad 2003: kap 3.2)

§ 13. (taushetsplikt).

*Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:*

- 1) noens personlige forhold, eller*
- 2) tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold, som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår. (forvaltningsloven)*

## **Brudd på taushetsplikten**

Brudd på taushetsplikten omfattes av *straffelovens* § 121:

*Den som forsettlig eller grovt uaktsomt krenker taushetsplikt som i henhold til lovbestemmelse eller gyldig instruks følger av hans tjeneste eller arbeid for statlig eller kommunalt organ, straffes med bøter eller med fengsel inntil 6 måneder (straffeloven)*

## 2.2.1 Spesialisthelsetjenesteloven

*Spesialisthelsetjenesteloven* gjelder for alle som arbeider innenfor offentlig eller privat spesialisthelsetjeneste. Taushetspliktbestemmelsen i denne loven, § 6-1, henviser til forvaltningsloven § 13.

Loven bygger på forskjellige prinsipper blant annet personvernprinsippet, som regulerer at opplysninger en person har gitt om seg selv og til et bestemt formål, ikke kan benyttes til andre formål. Sykehus omfattes av spesialisthelsetjenesteloven.

### § 6-1. Taushetsplikt

*Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for helseinstitusjon som omfattes av denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e.*

Denne loven omfatter alle som arbeider på et sykehus, men ikke omfattes av helsepersonelloven; som rengjøringspersonale, portører, vedlikeholdsarbeidere og flere. I forhold til slike grupper er det behov for et eget lovgrunnlag. (Ohnstad, kap 2.4)

På et sykehus arbeider flere yrkesgrupper som ikke er omfattet av profesjonell taushetsplikt; det er arbeidsgiverens ansvar å sørge for at taushetsplikten blir kjent for de ansatte det gjelder. Ved ansettelsen må derfor arbeidstageren undertegne en taushetserklæring. I utgangspunktet gjelder taushetsplikten overfor alle, også overfor andre med taushetsplikt. Men for å kunne gi pasienten en god behandling er man nødt å fravike dette, som i en behandlingssituasjon der det tjener pasientens interesser at informasjon utveksles.

Taushetsplikten omfatter ikke bare det som strengt tatt er betrodd gjennom pasientens meddelelse, men også opplysninger som fremgår av dokumenter og journaler, opplysninger fra samarbeidende personell, samt observasjoner som gjøres gjennom egne iakttagelser i forbindelse med konsultasjoner (Ohnstad 2003: 24).

## 2.2.2 Helsepersonelloven

For helseprofesjoner som er underlagt *yrkesmessig* (profesjonsbestemt) taushetsplikt gjelder *helsepersonelloven*. Denne gjelder også etter at vedkommende har sluttet i arbeidet eller et



tjenesteforhold. Taushetsplikten omfatter ikke bare plikten til å tie, men også *aktiv å hindre* at sensitive opplysninger blir kjent for uvedkommende. Dette gjelder både muntlig og skriftlig informasjon. Helsepersonelloven gir særskilte regler om informasjonsbehandling; taushetsplikt, opplysningsrett, opplysnings- og meldeplikt. Reglene er i stor grad resultat av avveining mellom ulike hensyn. Hensynet til *pasientens personvern* og integritet samt tillitsforhold mellom helsepersonell og pasient tilsier taushetsplikt, mens hensynet til andre personlige forhold; i tilknytning til pasienten, pasientens barn, pasientens pårørende etc. kan tilsi at helsepersonell har opplysningsrett eller opplysningsplikt. Videre er det gitt bestemmelser om journalføringsplikt.

Det er ikke nødvendig at all informasjon om pasienten er kjent for alle som er involvert i behandlingen. Psykiatriske journaler er ikke tilgjengelig for somatikken med mindre det er opplysninger som er avgjørende for den aktuelle sykdomsbehandlingen. I nødssituasjoner kan legene på akuttavdelingen få utvidet tilgang til opplysninger i den elektroniske pasientjournalen, der alle hendelser blir loggført.

Den muntlige informasjonsoverføringen er det ikke mulig å kontrollere like bra, derfor skal det ikke gis mer informasjon om pasienten enn det behøves for å gi nødvendig helsehjelp. For å kunne gi god behandling må en pasient likevel forvente at helsepersonellet utveksler informasjon om den helsehjelpen som skal gis. Når helsepersonell utøver pasientrettet virksomhet, følger taushetsplikten av helsepersonelloven.

Hovedbestemmelsen om taushetsplikt følger av helsepersonelloven § 21:

#### *Hovedregel om taushetsplikt*

*Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. (helsepersonelloven)*

Det er ikke nærmere beskrevet om hvordan helsepersonellet skal ha fått tak i opplysningene, om det er direkte tilgang eller om man har fått informasjonen via en tredje person.

”Opplysninger som en person mottar *i egenskap som helsepersonell* omfattes av taushetsplikten, uavhengig hvordan man har blitt kjent med, avgjørende er om man har fått opplysningene under utøvelsen av yrket man er utdannet til” (Ohnstad 2003: 26).

Denne loven skal sikre pasientens personvern. For å få riktig behandlingsgrunnlag er det avgjørende at behandleren får riktig og fullstendig beslutningsgrunnlag, ofte dreier det seg om meget sensitive personlige opplysninger. Taushetsplikten sikrer at pasienten ikke holder informasjon tilbake av redsel for at de skal bli kjent for uvedkommende. Den yrkesmessige taushetsplikt kan i motsetning til den forvaltningsmessige eller tjenestemessige ikke suspenderes av Helsedepartementet. Helsepersonell som ikke omfattes av den yrkesmessige taushetsplikt vil dermed i større grad kunne benyttes som vitner i forbindelse med saker for domstolene. (Ohnstad, kap 6)

Loven gir retningslinjer for både behandling, registrering og lagring av helseopplysninger. Loven skal sikre at helseopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet. Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket. I § 1 står det blant annet at lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste.

I helsepersonelloven knyttes ansvaret for *journalføring* til den som yter helsehjelp, ikke til enkelte profesjonsgrupper. Med helsehjelp menes i loven enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell.

#### § 21a. Forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger

*Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i § 21 uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.*

*§ 25. Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.*  
(helsepersonelloven)

Denne bestemmelse gjør informasjonsutveksling i normale samarbeidssituasjoner mulig og ivaretar pasientens behov for oppfølging og for å bidra til forsvarlige, rasjonelle og hensiktsmessige rutiner i helsetjenesten. ( Ohnstad 2003: kap 6)

### 2.2.3 Pasientrettigheter

Samtidig som fagpersonell blir pålagt taushetsplikt beskytter loven pasientens konfidensialitet.

Lovens formål er å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Ved å etterleve og dokumentere slik lovverket gir regler om, bidrar det til at formålet kan nås. *Loven om pasientrettigheter* regulerer blant annet pasientens rettigheter i forhold til journalens innhold og gir pasientene rett til innsyn i egen journal. PRL gir muligheter for å få rettet eller slettet feil eller belastende opplysninger i journalen.

Pasienten har rett til å bli informert om hva og hvordan det dokumenteres, og at pasientene har rett til innsyn i egen journal. Loven gir pasienten rettigheter til medvirkning, informasjon, innsyn og samtykke til den behandling som gis. Bruk av helseopplysninger krever i utgangspunkt informert samtykke fra pasienten. (Ohnstad 2003: 57-60)

I pasientrettighetsloven er denne retten omtalt som ”rett til vern mot spredning av opplysninger”.

#### § 3-6. Rett til vern mot spredning av opplysninger

*Opplysninger om legems- og sykdomsforhold, samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt.*

*Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.*

*Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker.*

*Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det informeres om at opplysningene er gitt og hvilke opplysninger det dreier seg om.*  
(pasientrettighetsloven)

I helsetjenesten er det pårørende eller venner som tar kontakt og vil ha opplysninger om pasientens tilstand. Ifølge pasientrettighetsloven består en *informasjonsplikt* i forhold til pasientens nærmeste pårørende, informasjonen får likevel kun gis når pasienten samtykker. I

dette feltet er det lett for at helsepersonalet kommer i konflikt, som det viste seg i min undersøkelse.

### § 3-3. Informasjon til pasientens nærmeste pårørende

*Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes. (pasientrettighetsloven)*

Det finnes ikke noe lovbestemmelse som tilsier at de pårørende skal ha informasjon. Det er pasienten som skal gi tillatelse til hvilke informasjoner og til hvem som kan gis videre. For mindreårige finnes det noen unntak. Hvis det ikke er registrert en bestemt person, er det definert i loven hvem som kan regnes som nærmeste pårørende.

Taushetsplikten verner personen mot at opplysninger blir brukt i anen sammenheng enn den opplysningene er gitt for. Taushetsplikten brytes ofte uten å tenke over, det prates om pasienter på alle mulige steder på sykehuset og tredjepersoner kan overhøre sensitive opplysninger. Den som avgir taushetsbelagt informasjon kan bli straffet. Det er forbudt å spre informasjon, men det er ikke forbudt å motta. Når muntlig eller skriftlig informasjon som er på avveie og blir kjent for uvedkommende, er det vedkommende som har handlet uhensynsmessig som må ta ansvaret, men det hjelper pasienten lite når krenkelsen allerede har skjedd.

## 2.2.4 Forskrift om pasientjournal

*Forskrift om pasientjournal* gir nærmere regler om helsepersonells *dokumentasjonsplikt*. Det gjelder både innholdet i journaler og håndtering av pasientjournaler; føring, sletting, retting, oppbevaring, overføring, tilgang og tilintetgjøring. I tillegg omtales virksomhetenes ansvar i forhold til opprettelse og organisering av journalsystem. Forskriften er hjemlet i lovene om helsepersonell, spesialisthelsetjenesten, helsetjenesten i kommunene, pasientrettigheter og tannhelsetjenesten (Sandvand 2007: 60).

§ 40. *Krav til journalens innhold m.m.*

*Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. (helsepersonelloven)*

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

§ 8.f) *Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging. (Sandvand 2007: 60)*

Behandlingsplanene er det dokumentet som sykepleiere bruker til daglig som arbeidsredskap. Dokumentasjonen forholder seg til denne utarbeidede behandlingsplanen. Behandlingsplaner kan være standardiserte og individuelt tilpasset den enkelte pasientens behov. Når det benyttes standardiserte behandlingsplaner, sikrer dette at pasienten får en behandling som evidensbasert og godkjent av ledelsen.

I alt arbeidet som helsepersonell gjør i forhold til pasienten er det viktig å være bevisst på det mellommenneskelige forholdet, det må være rom for respekt, empati, omsorg og tillit når det skal utarbeides en behandlingsplan i fellesskap (Sandvand 2007: kap 4).

Det vil si at pasienten er i sentrum i pasientjournalen. Det viktige er nemlig *at* relevante og nødvendige opplysninger blir nedtegnet, ikke *hvem* som nedtegner dem, selv om det alltid skal signeres (ibid: 51).

Lov om helsepersonell viser klart at alle yrkesgrupper som yter selvstendig helsehjelp, plikter å føre journal. I § 48 er alle 27 yrkesgrupper som har dokumentasjonsplikt nedtegnet. Det skal framgå hvem som har ført opplysningene i journalen. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om helsehjelpen (ibid: 52).

Fra 1977 har alle pasienter innsynsrett i sin egen journal; Retten er nedfelt i pasientrettighetsloven fra 2001.

## 2.3 Dokumentasjon og elektronisk pasientjournal

I de siste årene har mesteparten av pasientjournaler blitt overført fra papirbasert til elektronisk føring. Med en enkel innlogging kan brukeren få tilgang til en stor mengde taushetsbelagt informasjon, også om pasienter som vedkommende ikke er direkte knyttet til i rollen som behandler. For å begrense misbruk stilles det store krav til *datasikkerheten*. Fokus på taushetsplikten er uunnværlig og må prioriteres høyt; både av de profesjonelle og av helseinstitusjonen som tillits giver og utøvende instans.

Dokumentasjon av helsehjelp omfattes av flere lover og forskrifter som jeg skal presentere i dette kapitlet. Selv om oppgaven min handler om muntlig omgang med taushetsbelagt informasjon, er det viktig å informere om hvilke krav som stilles til skriftlig dokumentasjon. Det gir et grunnlag for å forstå omfanget av informasjonsmengden de ansatte i helseinstitusjonen har og hvorfor det må stilles strenge krav til taushetsplikten.

### 2.3.1 Hvorfor det er viktig å dokumentere helsehjelp

Dokumentasjonen skal inneholde en oversikt over *planlagt og allerede utført helsehjelp*. Det blir arbeidsredskapet for å kunne gi den helsehjelpen som lovverket er tydelig på, og det er denne metoden helsepersonell kan ha som utgangspunkt/ grunnlag for all videre dokumentasjon. Mulighet for kontinuitet da den kan ta utgangspunkt i det som allerede er utført av helsehjelp, for å se det opp mot videre planer. Dette ivaretar dermed både pasientens og helsepersonellens sikkerhet. Dersom noe uforutsett skulle hende vil alle som er i nærheten av pasienten kunne gå til pasientens journal og lese det som er utført av tiltak. Det vil gi mer effektivitet i forhold til å vurdere hva som er årsaken til det inntrufne, da man får en oversikt over hva som er gitt av helsehjelp. Dokumentasjonen må inneholde nøyaktig og tilstrekkelig informasjon, slik at den gir mulighet for kontinuitet i behandlingen. Innholdet i pasientjournalen vil da kunne vise det som er observert, den behandlingen som er bestemt, og hva som er gjennomført. Effekten av helsehjelpen må også komme frem i dokumentasjonen. Det bør i tillegg være dokumentert at arbeidet gjøres i samarbeid med pasienten og evt. pårørende. Dersom organisasjonen ivaretar alle disse deler, vil den dokumentasjonen som gjøres kunne brukes som utgangspunkt for undervisning, forskning og ressursstyring. En slik

praksis vil dermed tilfredsstille flere av punktene i journalforskriftens § 8 (Sandvand 2007: 42- 47).

### **2.3.2 Formelle krav til dokumentasjon og dokumentasjonssystemer**

Det finnes en rekke standarder og formalkrav som må oppfylles med utgangspunkt i lovverket. Forskrift om pasientjournalen er av vesentlig betydning for dokumentasjonsarbeidet (Mauritzen 2007:51).

### **2.3.3 Formelle krav til dokumentasjon av helsehjelp**

Helsepersonelloven, pasientrettighetsloven og personopplysningsloven er aktuelle for dokumentasjonen; på flere områder går de inn i hverandre.

Det som helsepersonelloven gir av krav og plikt til helsepersonell når det gjelder dokumentasjon, er i pasientrettighetsloven ofte vist som en rettighet for pasienter (Sandvand 2007: 50).

Det finnes en rekke lover, standarder og formalkrav som må oppfylles for å gjøre en faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon med utgangspunkt i lovverket.

*Personopplysningsloven har som formål å beskytte den enkelte mot at personvernet krenkes gjennom behandling av personopplysninger. Loven skal bidra til at personopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på personopplysninger ( § 1).*

*Loven gjelder for behandling av personopplysninger som helt eller delvis skjer med elektroniske hjelpemidler og annen behandling av personopplysninger når disse inngår eller skal inngå i et personregister ( § 3). (personopplysningsloven)*

Loven tar hensyn til den enkeltes rett til å vite hva, hvor og hvordan informasjon behandles.

I forskriften om behandling av personopplysninger reguleres behandling av personopplysninger i personopplysningsloven. Personopplysningsforskriften inneholder mål

for informasjonssikkerhet. Sikkerhetstiltak skal hindre uautorisert bruk av informasjonssystemet og gjøre det mulig å oppdage forsøk på slik bruk. Forsøk på uautorisert bruk av informasjonssystemet skal registreres. Rutiner for bruk av informasjonssystemet og annen informasjon med betydning for informasjonssikkerheten, skal dokumenteres. Det skal etableres et kvalitetssystem slik at kravene kan innfris (Sandvand 2007:66-67).

Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger:

*”Formålet med helseregisterloven er å bidra til å gi helsetjenesten og helseforvaltningen informasjon og kunnskap uten å krenke personvernet. På denne måten kan helsehjelp gis og dokumenteres på en forsvarlig og effektiv måte”*  
(Sandvand 2007: 68).

### **2.3.4 Hva er en elektronisk pasientjournal?**

Elektronisk Pasient Journal, er en profesjonell tverrfaglig dokumentasjons- og informasjonsredskap.

Utbredelse av standardiserte elektroniske pasientjournaler (EPJ) i hele helsetjenesten er en forutsetning for et helhetlig pasientforløp. Nasjonalt kompetansesenter for IKT i helse- og sosialsektoren (KITH) har et hovedansvar for utvikling av standarder og kravspesifikasjoner for EPJ som skal gjøre dette mulig.

Ut fra helsepersonelloven og pasientjournalforskrifter kan følgende definisjon av en elektronisk pasientjournal utledes:

*”En elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp”.* (KITH)

KITH ledet en prosjektgruppe som i oppdrag av Sosial- og helsedepartementet utarbeidet en standard for EPJ.

Standarden tar utgangspunkt i lover og forskrifter, samt relevante norske og internasjonale standarder. Den skal kunne benyttes for alle virksomheter i helsetjenesten og alle typer pasientjournaler (Mauritzen 2007:55).



I den elektroniske pasientjournal er noen av kravene innebygd i systemet. Journalen er bygget opp av enkelte deler og forskjellige typer fagsystem til spesialistområder. Det hadde vært mulig å kunne lese alle journaler som er skrevet på et sykehus. For å unngå dette, stilles det strenge krav innenfor *tilgangsregulering, sikkerhet og personvern*. Alle som logger seg inn i EPJ etterlater et elektronisk spor som blir loggført; hvem, hva og hvor lenge noen har vært inne på de forskjellige områder kan finnes ut ved behov og brukes i en konflikt.

### 2.3.5 Dokumentasjonsprosessen

Sykepleiedokumentasjon kan føres tilbake til Florence Nightingale, hun sa hvor viktig det var å dokumentere utført arbeid. Det å observere pasienten er et sentralt tiltak sykepleieren gjør når pasientens problemer og ressurser kartlegges, og pleieplaner utarbeides. Observasjon er videre vesentlig for å registrere og dokumentere de endringer som skjer til enhver tid.

Under kontakten mellom pasient og sykepleier/ helsepersonell, synliggjøres de ulike behov for helsehjelp. Dette er informasjon som danner utgangspunktet for planlegging og utvikling av pasientens behandlingsplan. Man får frem hvilken pleie pasienten trenger. Under senere møter mellom helsepersonell og pasient evalueres den gitte helsehjelpen og dette danner et nytt utgangspunkt for videre helsehjelp med nødvendig justering av den foreliggende behandlingsplanen. Denne prosessen, som også kalles *sykepleieprosessen*, er som en sirkel hvor det settes i gang et tiltak som siden evalueres og tilpasses den nye situasjonen. I forskriften om pasientjournal er denne prosessen nedtegnet som krav til journalens innhold.

## 2.4 Etisk perspektiv

Jeg vil presentere hva de yrkesetiske retningslinjer for leger og sykepleier innebærer i forhold til taushetsplikten.

Taushetsplikten er et krav for å ivareta personvernet. Personvernet forutsetter et menneskesyn hvor individet tilskrives en egenverdi, og en beskyttet sfære rundt sitt privatliv. Det er respekten for enkeltindividers personlige integritet, herunder interessen av ikke å få sin anseelse forringet utad, som er det bærende motiv i de overveielser som ligger til grunn for bestemmelsene (Ohnstad 2003: 17).

Yrkesstandens profesjonalitet og etiske standard beskriver at informasjon som man har blitt betrodd i yrkessammenheng skal behandles konfidensielt.

Taushetsplikt uttrykker *respekten for pasientens autonomi*, det er opp til pasienten å avgjøre hvilke informasjoner vedrørende hans helsetilstand som skal gis til en tredjepart.

Av alle helserelaterte profesjoner er legeyrket det eldste og, taushetspliktens rolle ble omtalt allerede i antikken av ”legekunstens far” Hippokrates fra Kos. Frem til i dag avlegger nyutdannede leger den hippokratiske ed:

*”Alt som kommer til min viten under utøvingen av mitt yrke eller i daglig samkvem med mennesker, som ikke burde bli kjent for andre, vil jeg holde hemmelig og aldri avsløre”* (Wikipedia).

Verdens legeforening har utgitt en nyere versjon av den hippokratiske ed, også kjent som Genèveerklæringen fra 1948. Den norske legeforeningen har utarbeidet en nyere og tilpasset versjon:

*§ 4 En lege skal bevare taushet og vise diskresjon overfor det hun/han får vite som lege. Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte. Utlevering av informasjon må ha bakgrunn i pasientens underforståtte eller uttrykte samtykke eller i lov* (Ruyter 2007: 304).

Etiske retningslinjer for sykepleiere er av nyere dato og baseres på en internasjonal kodeks. Omgangen med taushetsbelagt informasjon er ikke like nøye omtalt som hos legene:

*1.3 Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger* (yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2007).

I en profesjonell kontekst er det det etisk forsvarlige som primært er optimalt. Omsorgsdelen av forsvarlighetskravet åpner for, og setter et visst krav til dyder. Etter loven forventes et minimum av utvist respekt, innlevelse og medfølelse. Det er imidlertid klart at den etiske fordringen går lenger. Det er de gode, og helst optimale, møter og handlinger som utgjør den *etiske fordringen* (Johannessen 2007: 226).

## 2.5 Tillit

En profesjons viktigste kjennetegn er at den er til for å hjelpe den enkelte pasienten/ klienten. Egen etikk som profesjonsutøverne handler etter, utgjør det viktigste grunnlaget for tilliten profesjonen får fra samfunnets side.

I helsetjenesten står taushetsplikten sentral og unntakene har blitt mange, derfor er det viktig for profesjonene å slå ring rundt den. Er det tvil om hva som er riktig i en gitt situasjon, er det bedre å tie.

I boken Profesjonsstudier av Molander (2008) viser Harald Grimen til to perspektiver vi skal se forholdet mellom profesjon og tillit på. Den ene omhandler hva tillitsgiverne gjør, og hva tillit gjør i relasjoner mellom personer. En pasient (tillitsgiver) overlater noe i den profesjonelles varetekt (informasjon, helse) i god tro. Pasienten har en viss *forventning*, nemlig at den profesjonelle godt ivaretar denne verdien.

*”Fravær av forholdsregler er tillitens fremste kjennetegn” (ibid:198).*

Vårt forhold til profesjonelle er preget av at vi overlater ting til deres varetekt: helse, sykdom, informasjon. Idet pasienten overlater informasjon til legen/ annen profesjonell, gir han også beslutningsmakten til den andre og stoler på at vedkommende har den nødvendige kompetansen og handler ut fra sitt beste skjønn. Pasienten inngår en ”risiko” og gjør seg sårbar.

Forholdet mellom klienter og profesjonelle bygger på tillit, ofte har ikke pasienten noe annet valg og må stole på den profesjonelle; det blir en asymmetrisk relasjon. Man trenger tillit for å oppsøke profesjonelle for å gi dem den informasjon de trenger for å kunne utøve sitt yrke og for å følge råd. Pasienten som trenger hjelp er ofte i en svekket kognitiv og emosjonell tilstand. Mellom profesjonelle og klienter er det epistemisk asymmetri (Molander 2008:199), den ene forvalter kunnskap som den andre ikke har, men trenger og dermed oppstår i en maktposisjon som gjør pasienten avhengig og sårbar. Denne avhengighetssituasjon gir grunnlag til kontroll fra den profesjonelles side, pasienten har sjelden faglig grunnlag til å avveie den profesjonelles beslutninger. Pasienten må stole på at den profesjonelle har den kompetansen som trengs til å handle til sitt beste.

I et pasientforhold letter tillit overføringen av kunnskap og informasjon; mistror pasienten mottakeren, så kan han holde informasjon tilbake og skaffe et dårlig utgangspunkt for videre samarbeid. Tillit gjør det lettere for partene, da de kan bygge på hverandres arbeid; Stoler man

på avsenderen, behøver man ikke stadig undersøke om det han sier, er holdbart. Ved mistro fra en av partene kan kommunikasjonskjeden bli brudd og samhandling umuliggjort.

Tillit er et fenomen som tilhører tilværelsens grunnvilkår. Vi har erfaring med at helsevesenet er til for vår beste, en tillit som er forutsigbart. Det ville være helt umulig å leve i noen som helst form for samfunn uten en betydelig grad av forutsigbarhet og tillit (Johannessen 2007: 54).

Pasienten har gjerne en grunnleggende tillit til helsesystemet og de som arbeider der. Harald Grimen (Molander 2008: kapittel 11) skriver om systemtillit, vi stoler på at systemets internkontroller fungerer og at vi kan stole på kvaliteten av servicen vi får.

Profesjonelle kontrollerer tilgang til tjenester som pasienten trenger eller ønsker. Her spiller den profesjonelle rollen som portvakt, som er et element i tillitskjeden. Å overlate noe til en portvakt kan bety å overlate det til et nettverk hvor portvakten overfor tillitsgiveren er kvalitetsgarantist for resten av nettverket (Molander 2008: 201). Når pasienten overlater sensitiv informasjon til en portvakt, så må han være bevisst over at informasjonen *kan* videreformidles til andre, men må likevel ha et ønske om *at den ikke spres* videre til alle. Han stoler på taushetsplikten til de profesjonelle som arbeider i systemet.

Klienter som trenger hjelp er ofte i en svekket kognitiv og emosjonell tilstand. Dermed mangler de en del av forutsetningene for å kunne opptre på like fot med de profesjonelle (Molander 2008: 202).

Autorisasjonen som myndighetene gir til de profesjonelle er en type betinget tillit ovenfra. Den kan trekkes tilbake hvis den blir misligholdt og derfor kalles den betinget. Med autorisasjonen får den profesjonelle et forvalteransvar om en type oppgave, som det kreves en viss kompetanse for å kunne utføre. Denne kompetansen ønsker myndigheten, men kan ikke skaffe den selv uten å delegere den til de profesjonelle.

Når profesjonelle samarbeider og stoler på hverandres kompetanse eller teknologi; kalles dette en tillitskjede; der ytelser fra det forutgående leddet er tatt for gitt. Den er særlig viktig i akutsituasjoner og under tidspress. I denne kjeden sprer informasjonen seg enkelt, fordi man ikke trenger å spørre om samme ting i hvert ledd. På den andre siden er dette også et svakt punkt, en feil som er begått et sted, kan bli spredd uten å bli oppdaget, rutinisering basert på tillit kan være grunnen.

Utstrakt gjensidig tillit mellom profesjonelle kan være en forutsetning for profesjonell yrkesutøvelse. Samtidig kan kontrollordninger basert på visse former for mistillit være en forutsetning for at andre skal kunne ha tillit til profesjonelle yrkesutøvere (Molander 2008: 209).

Internkontroll kan baseres på institusjonalisert mistillit og ajourførte prosedyrer som kvalitetssikring er nødvendig for å unngå feil. Denne mistilliten er ikke personlig, men sikrer at systemet fungerer som det skal. Pasienten har behov for å vite at kompetansen er til stede hos de profesjonelle, uten selv å ha mulighet til å kontrollere det er han avhengig av at andre gjør det for at han kan stole på systemet. Uten slik viten blir tillit irrasjonell.

## **2.6 Nærhetsetiske perspektiver**

Empati handler om mellommenneskelige relasjoner og er et svært viktig utgangspunkt for god sykepleie. Det handler om å forstå et annet menneske, både intellektuelt og følelsesmessig. Sykepleieren skal sette denne forståelsen om i riktig adferd og handling, til det beste for pasienten, som et nødvendig utgangspunkt for god sykepleie.

Vigdis Brekke beskriver empati som en måte å være på, en ikke-dømmende og aksepterende måte. Å nå fram til en dypere forståelse for den andres indre, subjektive verdier; å leve seg inn i den andres verden og presist oppfatte den andres indre følelser og erfaringer. (Martinsen 1993: 99)

I løpet av utdanningen lærer sykepleierstudenten det grunnleggende av rollen hun skal ha som profesjonell. Det teoretiske ved denne rollen kan læres, men det er viktig å være i kontakt med pasienter og bruke andre sykepleiere som rollemodeller for studenten som skal lære å leve seg inn i den sykes situasjon, for å kunne virkeliggjøre omsorgsfull behandling. Det er nettopp innlevelsen i den andres erfaringsverden og det ansvaret hans tilstand setter en i, som er sentralt i det pleiefaglige, profesjonelle ansvaret (Vetlesen 1996:145).

De personlige karakteregenskapene som blir beskrevet i dydsetikken skal utvikles og fremheves; egenskaper som likevektighet, godlynhhet, gavmildhet, beskjedenhet, vennskap, barmhjertighet og ydmykhet. Dyder kan også forstås og utlegges som en egenskap som setter en i stand til å gjøre mer enn det som vanligvis er forventet, for å gjøre godt for sine

medmennesker. Som det står i bergprekenen: ”Tvinger noen deg til å følge med en mil, så gå to med ham” (Matteus 5.41).

Dydene duger til å utøve behandling og gi omsorg på en riktig og ekte måte. Helsearbeiderens blikk, håndtering og innlevelse bidrar til at pasienten erfarer at han blir tatt på alvor og blir ivaretatt med respekt og omtanke. Uten disse dyder vil medisinsk og helsefaglig virksomhet kunne forfalle til en servicenæring. De moralske dydene disponerer oss til å handle riktig for de gode målene vi har satt oss, mens klokskap bedømmer den rette måten å gjøre det på. Denne forståelsen av klokskap har mye til felles med det som i medisinen gjerne omtales som klinisk skjønn (Ruyter 2007: 72- 76).

I sitt arbeid har en sykepleier nær kontakt til pasienten og i enkelte tilfeller også med pårørende. Kvaliteten på hennes kontakt med den andre avgjør om hun oppfyller forventningene som går ut fra disse personene.

Nærhetsetikken kaster lys over bestemte erfaringsbaserte kvaliteter som et forhold til en annen person må ha, dersom dette forholdet skal kunne kalles moralsk. Disse kvaliteter har med opplevelsen av forpliktelse og ansvar overfor en eller bestemte andre personer å gjøre (Vetlesen 1996:140).

Å ha gode teoretiske kunnskaper og å være en god diagnostiker er ikke nok til å skape et empatisk forhold mellom behandler og pasient. Menneskeverdigheten blir krenket når mennesket blir gjort til objekt og behandlet som en sak. Bare ved at ”diagnosen” blir gjort om til et menneske med personlighet og ansikt kan verdigheten ivaretas.

Nærhetsetikk tar utgangspunkt i menneskets erfaring av seg selv og den neste som parter i et forhold som finner sted innenfor en ramme av nærhet. Nærhet har minst to dimensjoner: på den ene siden den fysiske, visuelle og romlige nærhet mellom partene, og på den annen side den psykiske, emosjonelle og identitetsmessige nærheten mellom dem (Vetlesen 1996: 8).

Akkurat som tilliten som fenomen har en ubetinget positivitet, så innehar lidelse en negativitet og uttrykker en appell om lindring og ivaretagelse, dvs. en moralsk verdi. Vår empati er uttrykk for en spontan berørthet, en forståelse og en evaluering av lidelsen, men som et svar på den appell som fenomenet lidelse uttrykker. Den er en respons! Empatien har en klangbunn i menneskelige vilkår, som en respons på den tilstand den andre erfarer. Empatien med den andre reflekterer et fenomens moralske karakter, slik det skjer i møtet med ansiktets

nakenhet og utleverthet og i den spontane ivaretagelse av en annen som fremkommer i møtet med hans/hennes smerte og lidelse (Vetlesen 1996:142).

Når en pasient våkner på en postoperativavdeling er det viktig å ta hensyn både på det mellommenneskelig og kontekstuelle forholdet som begge parter befinner seg i, i dette møtet gjør ansvaret for den andre seg gjeldende.

### 3 Presentasjon av metode

Ordet metode er opprinnelig gresk og betyr veivalg som fører til et mål.

Det er *problemstillingen* og temaet som skal belyses som avgjør hvilken metode som er mest fruktbar med et konkret forskningsopplegg. Man skiller mellom to forskjellige datainnsamlingsmetoder; kvalitative og kvantitative. Begge metoder - kvalitativ (ord) og kvantitativ (tall) er like gode, og de egner seg til å belyse ulike spørsmål og problemstillinger. I samfunnsvitenskapene er det meste av de data som samles inn, av kvalitativ art. Vi er først og fremst interessert i å forstå hva mennesker gjør, og hvorfor de gjør det (Jacobsen 2003: 37).

Valg av undersøkelsesopplegg har betydning for undersøkelsens reliabilitet (pålitelighet) og dens gyldighet (validitet).

I min oppgave ville jeg undersøke hvordan sykepleierne på en postoperativ avdeling opplevde omgangen med taushetsbelagt informasjon. Det var den enkeltes opplevelse og følelse av problemet jeg var interessert i å få vite mer om. At taushetsplikten blir brutt har jeg observert på min egen arbeidsplass og dessuten diskutert med sykepleierne på min avdeling. For å kunne gå mer inn i fenomenet valgte jeg å intervju sykepleiere på en akuttavdeling, det var beskrivelsen av andres erfaringer jeg var interessert i.

Kvalitativ metode er best egnet når vi vil *beskrive helheter*; hele konkrete miljøer og hele personer, hvordan mennesker fortolker og forstår en gitt situasjon. Vi undersøker sammenhengen mellom individ og kontekst. Kvalitativ metode egner seg best der vi vet lite om et tema vi har bestemt oss for å undersøke. Den gir oss mulighet for å *gå i dybden* og få frem menneskets egne meninger og tanker rundt temaet. Den gir oss muligheten til å utvikle nye teorier og hypoteser. Jacobsen (2003) skriver at man går ut fra empiri til teori:

*"Idealet går i korthet ut på at teorier dannes ut fra det som blir observert, det er empirien som skal danne utgangspunkt for teorien"* (ibid.:39).

Hvert menneske har forskjellig bakgrunn og erfaring og derfor vil hver enkelt av oss se på et fenomen eller en tekst med sitt øye og fra sitt ståsted. Voksne mennesker bruker tidligere erfaring til å tilegne seg ny kunnskap, de kobler ny viten til tidligere erfaring og prøver på denne måten å forstå det nye. Enhver forståelse tar utgangspunkt i en tidligere forståelse. Vår



livserfaring har forankring i familie og samfunn, vår kulturelle ballast gir oss grunnlag når vi skal forstå noe nytt. Det forblir i hjernen som en huskelapp. Bourdieu (1999: s.193-197) snakker her om *habitus* (formende krefter), strukturer som er et produkt av fortiden, men som preger nåtidens handlingsmåter. En gruppe (f.eks. sykepleier) handler på en samstemt måte uten at de er klare over det. Habitus betyr her at tidligere erfaring har festet seg i individet og siden kan anvendes i lignende situasjoner i modifisert måte. Når vi blir medlem av en profesjon skli vi inn i en rolle. Vi blir formet gjennom utdanning, overtar en måte å oppføre oss på, samtidig som vi fortsatt er preget av vår oppvekst.

### 3.1 Kvalitativ metode

Grunntanken bak kvalitativ forskning er at fenomener er tilgjengelige for forskeren gjennom bestemte former for kommunikasjon med, og observasjon av, dem han studerer. Kunnskap om slike fenomener er avgjørende og viktig for å forstå *hvordan* samfunn fungerer og for vår forståelse av *hvorfor* mennesker handler som de gjør i konkrete situasjoner. Kant skriver at det handler om reflekterende dømmekraft når den ut fra det spesielle leter etter en allmennhet som ikke allerede står fast fra begynnelsen (Ludwig 2008).

Hermeneutikk er fortolkning og læren om fortolkning. Ut fra en moderne oppfatning er all forståelse et resultat av fortolkning, tekstens skjulte betydninger som mottakeren vil skjønne betydningen av. Hermeneutikken startet med Martin Luther da han gjorde opp med den katolske kirkens fortolkningsmonopol. Senere i historien kom teorien om å gå ut *fra tekstens helhet* og ikke bare løsrevne deler av den, det ble fremstilt som den tekstlige helhet innenfor den hermeneutiske tenkning. Man må kjenne en skrifts historie for å kunne forstå det (Kjørup 2008, kapittel 13).

Den hermeneutiske tradisjon som vitenskap og metode, som i det vesentlige har støttet seg til kvalitative metoder, har utviklet seg til en anerkjent kunnskap innen det som i dag betegnes som *humaniora* eller *humanvitenskapene*.

For å kunne forstå de involvertes situasjon må forskeren sette seg inn i deres situasjon, bare slik går det an å oppleve en situasjon fra de berørtes ståsted. Det er *aktørenes* opplevelse og mening som er interessant å få vite. Ved hjelp av en annen kan den egne situasjonen belyses, selv kan en ikke være objektiv ovenfor sin situasjon. Skjervheim snakker om en treleddet

dimensjon. Det er de to personene, men det er også den saken som den ene personen tar opp med den andre. Aktørenes definisjoner av virkeligheten skal tas på alvor (Skjervheim 1957).

Et anliggende i kvalitativ forskning har vært at teorien ikke skal være abstrakt og spekulativ, men at enhver teoretisering skal være fundert i de konkrete data. En retning innenfor kvalitativ samfunnsforskning kalles ”grounded theory” nettopp fordi den understreker så sterkt at teorien skal vokse fram med en sterk forankring i det empiriske materialet (Repstad 2007: 115).

Kvalitativ forskning er opptatt av å beskrive helheter – hele, konkrete miljøer og hele personer, ikke bare isolerte ”variabler”. Vi kommer neppe utenom et systematisk arbeid med kvalitative data, i form av oppdelinger av materialet ved hjelp av klassifiseringer og koder. Viktige temaer må klassifiseres og kodes. Helhetsanalysen bygger på delanalyser, om enn på måter som ikke alltid er lett å rekonstruere (Repstad 2007: 125).

## **3.2 Kvalitativt forskningsintervju**

I lang tid har menneskene tilegnet seg kunnskap gjennom språk. Handlingene man gjør i hverdagen kan tolkes på mange måter, og de blir klarere å forstå når man snakker med personen hvorfor at de handler som de gjør. Formålet med samtalen er å utforske deltakernes perspektiv vedrørende et emne.

Under intervjuet kan informantene si fra *hvordan og hvorfor* de handlet slik i en bestemt situasjon. I praksis vil man ved kvalitative intervjusamtaler ha øyne åpne for i størst mulig grad kunne danne seg inntrykk av omgivelsene rundt informanten. Små ting som skjer under intervjuet kan også få betydning for tolkningen av de data man får (Laake & Benestad 2004: 305).

## **3.3 Egen forforståelse**

Jeg har mange år erfaring fra akuttmedisinske avdelinger og i tillegg har jeg en mastergrad i helseinformatikk, den vil derfor ha sterk innvirkning på min ”horisont”, dvs.

forståelsesmuligheter, innenfor denne vil jeg kunne forstå tingenes forhold til hverandre. Det er vanskelig for meg å legge av meg brillene jeg betrakter min omgivelse med, både som forsker og menneske. Et faktum som gjør at jeg ikke kan være nøytral når jeg forsker på mitt eget fagområde. Å kjenne de sterke og svake sidene gjør at jeg legger mer vekt på fenomener jeg skal undersøke. Jeg var klar over min habitus; mine spørsmål, til og med mitt kroppsspråk under intervjuet kan ha avslørt mine standpunkter og følelser. Jacobsen skriver at det er feil å gjøre en undersøkelse for å bekrefte noe som man har bestemt seg på forhånd for å se (Jacobsen 2003: 39).

En forsker skal ha gode teoretiske kunnskaper om feltet han vil undersøke. Når de kunnskapene blir en del av forskerpersonen selv blir det vanskelig å holde nøytraliteten. Ved å velge et annet sykehus til å gjennomføre undersøkelsen var det enklere for meg å være minst mulig forutinntatt. Min oppgave tar utgangspunkt i en svakhet i systemet og ved forskning på min egen arbeidsplass kunne det vært vanskelig å vise frem funnene uten å komme i konflikt med arbeidsgiveren.

Å ha samme bakgrunn som de man forsker på kan også være en fordel. Mine respondenter kjente min bakgrunn, men ikke meg som person. Et fellesskap som ga utslag i åpenhet, de trengte ikke å forklare detaljer, men kunne holde seg til essensen i spørsmålene, de visste at jeg skjønnte kodene deres.

### 3.4 Gruppeintervju som metode

For å kunne få frem sykepleiernes opplevelse av omgangen med sensitiv informasjon; hadde jeg planlagt å gjennomføre et intervju. Med spørreskjema hadde jeg ikke fått informasjonen i form av respondentenes egne tanker og ord, samtidig som kvantitativ metode har lett for å ha ledende spørsmål, svaralternativene er begrenset og ikke gir anledning til fri meningsytring.

En forsker som har et godt teoretisk grunnlag rundt emnet kan *se sammenhengene*, mønstrer og strukturer og dermed stille utdypende spørsmål som åpner for ny erkjennelse og utelukker misforståelser. I *kvalitativ forskning* brukes ofte en *metodetriangulering*, det vil si at man kombinerer flere forskningsmetoder som feltobservasjon og intervju. Da kan man spørre hvorfor forskeren handlet slik hun gjorde i de observerte situasjoner. Forskeren ser hvordan subjektet handlet, og informanten forklarer hvorfor han handlet slik han gjorde. Denne

trianguleringen øker forskningsresultatenes *gyldighet*. Å gjennomføre en feltobservasjon i pasientrelatert arbeid kan være vanskelig å få tillatelse til og er meget tidkrevende. Derfor brukte jeg mine erfaringer og observasjoner som grunnlag.

Et godt intervju krever at forskeren på forhånd har tenkt gjennom hvilke temaer han vil ta opp og setter seg grundig inn i temaet på forhånd. Ved kvalitative undersøkelser skal informasjon fra forskjellige personer tas opp, *ulike perspektiver* som belyser et felles tema. For å få fram fortellinger og respondentenes egne erfaringer og opplevelse velger jeg å ha *åpne spørsmål*. Jeg bruker hva, hvordan, hvorfor, kan du beskrive, hva betyr det for deg osv.

Da det er vanskelig å frigjøre fire personer fra arbeidet samtidig, har jeg satt av en time til intervjuet.

Jeg var interessert i den enkeltes følelser og fortellinger med egne ord. Forskningsintervju er meget tidkrevende, men samtidig gir de dypere innsyn i den enkelte sykepleierens personlige opplevelse av situasjonen. Man kan stoppe i samtalen og be respondenten å utdype ting som hun anser for viktig. Jeg har aldri gjennomført en kvalitativ undersøkelse alene og var derfor usikker på tidsbruket; samtidig så jeg en annen stor fordel med et fokusgruppeintervju: *gruppedynamikken*. Tankene som en respondent ytrer kan trigge tanker hos de andre og nyansert av en tredje. Forskeren kan la samtalen gå sin gang uten å måtte være ordstyrer. Gruppesamtaler er en god metode, hvis problemstillingen handler om hvordan en kollektiv praksis utvikler seg (Repstad 2007: 99).

Det var tilfelle i mitt problemområde; på en postoperativavdeling arbeider man i team. Sykepleiere er vant med å snakke i team om problemer og løsningsforslag i forbindelse med pasientbehandling, det gjør at de snakker godt sammen. En fordel jeg ville utnytte i min undersøkelse.

Skjervheim sier, at noe av det viktigste som skiller mennesket fra dyrene, er at menneskene har språk som er et rammeverk for ulike sosiale møter og videreformidling av kunnskap. Dette kompliserte som utspiller seg mellom mennesker i kontakt med hverandre, og som forsøkes uttrykt ved begrepet samhandling, foregår for en stor del ved hjelp av språk. I et felles språk ligger grunnlaget for felles virkelighetsforståelse og dypere kontakt (Skjervheim 1957). Et forskningsintervju er en faglig konversasjon, en samtale med struktur og hensikt, det går dypere enn en hverdagssamtale og har hensikten å bringe frem ny kunnskap.

Et generelt problem i den kvalitative undersøkelsen er at forskeren lett får mest informasjon fra de veltalende og samarbeidsvillige informanter. I min respondentgruppe var alle aktive og bidro med sine erfaringer, samtalen var spontan og alle virket engasjert i problemområdet som jeg ønsket å utforske. Det var et problemfelt innenfor deres arbeidsområde og de virket glade over at de kunne komme med sine synspunkter.

Forskningens grunnleggende materiale er ikke lenger objektive data som skal kvantifiseres, men meningsfulle relasjoner som skal tolkes. Intervjupersonene bevarer ikke bare spørsmål som er forberedt av en ekspert, men formulerer også selv sin egen oppfatning av den verden de lever i, gjennom dialog med intervjueren (Kvale 1997: 25).

### **3.5 Forberedelser**

For å kunne gjennomføre et intervju trengs flere forberedelsestrinn. Jeg regnet med at det tok mye tid og begynte tidlig med å sende en uforbindtlig mail til avdelingssykepleieren på intensiv/ postoperativ avdeling på det utvalgte sykehus. Da det var sommerferieavvikling måtte jeg vente noen uker på svar. Ventetiden utnyttet jeg til å sette søknadsprosessen hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) i gang; personvernombudet for forsker- og studentprosjekt som gjennomføres ved alle universitetene. Da min undersøkelse ikke baseres på pasientopplysninger fikk jeg svaret etter kort tid.

Da svaret fra sykehuset tok lang tid ringte jeg etter sommerferien og fikk muntlig ja; deretter satt jeg i gang den offisielle søknadsprosessen. Hele tid har jeg kun fått positive tilbakemeldinger om temaet og alle gjorde det beste for å kunne hjelpe meg. Via e-mail og ved et personlig møte avtalte avdelingssykepleieren for postoperativavdeling og jeg kriteriene for utvalg av respondentene; hvordan det var best å gjennomføre intervjuet uten å forstyrre avdelingens drift.

### **3.6 Intervjuguide**

Et godt intervju spørsmål skal bidra tematisk til å produsere kunnskap, og dynamisk med å skape en god intervjuinteraksjon. Hvis planen er å bruke en fortellende analyseform, bør

intervjupersonene få frihet og tid til å fortelle sine egne historier, og forskeren bør følge opp med spørsmål for å klargjøre de viktigste episodene og personene i fortellingen (Kvale 1997: 77). Målet er å få frem spontane fortellinger hvordan fenomenet viste seg og hvordan vedkommende opplevde situasjonen.

For å mest ut av et intervju er det nødvendig at forskeren på forhånd fordyper seg teoretisk inn i forskningsområdet. En godt forberedt intervjuer står friere og er ikke særlig bundet av en intervjuguide. Han kan lettere se sammenhengen i det som blir sagt og sette det inn i konteksten av respondentens bakgrunn for hendelsene. En intervjuguide som har satt opp spørsmålene som skal stilles og som forskeren følger strengt, ødelegger mye i en intervjusituasjon. Den kan lett miste spontaniteten og samtalen blir preget av at man skal komme gjennom alle spørsmålene som er satt opp. Det er best å bruke intervjuguiden som en slags huskeliste for å være sikker på at man kommer gjennom alle temaer som er tenkt å ta opp. Rekkefølgen og formuleringen skal være fleksibel. Ofte kommer man spontant innom alle temaer. Jo bedre forskeren har satt seg inn i fagområdet, jo mindre ville han bli bundet av konkret formulerte spørsmål.

Jette Fog (2004) skriver om utarbeidelse av intervjuguide:

*Man kan aldrig på forhånd lære at stille de "rigtige" spørgsmål, fordi det først i samtals løb viser seg hva de rigtige spørgsmål er. Det, man til gengæld kan gøre, er at berede sit sind, så man er åben nok over for den anden person til, at man kan fornemme, hva de "rigtige spørgsmål" er (ibid.: s. 31).*

Jeg bestemte meg for å ha sykepleierne i fokus og var interessert i deres opplevelse; Derfor har jeg bevisst valgt bort å ha flere yrkesgrupper med. Jeg har satt opp noen spørsmål som berører områdene jeg skal ta opp under intervjuet. Jeg ville være åpen for hva sykepleiere har å fortelle, intervjuguiden hjelper meg å huske at de aktuelle områdene blir tatt med.

Intervjuguiden (vedlegg 1) ble utarbeidet på bakgrunn av egen og andre sykepleieres erfaringer med omgang av taushetsbelagt informasjon på akuttavdeling.

Et godt intervju har korte spørsmål og lange svar som i seg selv er en fortelling. Presist formulerte spørsmål kan lett føre til at respondenten kun svarer minimalt. Jeg ville ha *spontane skildringer* av deres opplevelse i arbeidsdagen på postoperativavdeling. De skulle fortelle fritt ut fra sin hukommelse.

Kvale (1997: 19-20) skiller mellom to metaforer for intervjueren, den reisende og gruvearbeideren. Gruvearbeideren går i dybden og leter etter bortgjemte skatter som kan ha forskningsverdi. Den reisendes skildring/fortelling blir mer overfladisk og med egne fortolkninger. Han opplever mange ting på turen som beriker hans kunnskap og utvider horisonten. I humanistiske fag brukes det mest reisemetaforen. Spørsmålene som stilles i intervjuet skal være så åpne at de gir mulighet til å besvare fortellende og med eget språk. Jo mindre strukturert spørsmålene er, jo lettere blir det for deltakerne å uttale seg individuelt. Svaret skal være en skildring av opplevelse og tanker rundt et fastlagt tema; det er denne andres mening jeg vil ha tak i.

### **3.7 Utvalg av respondenter**

I følge Kvale (1997) finnes det ingen ideal intervjuperson. Gode intervjupersoner er samarbeidsvillige og motiverte, de er veltalende og kunnskapsrike. Gode intervjupersoner kan gi lange og levende beskrivelser av sin egen livssituasjon, og de forteller gripende historier som egner seg godt til rapportering. En god informant har en yrkesrolle som utsetter ham for den informasjonen forskeren vil ha tak i (ibid:s.91).

Ved utvalg av informanter kan resultatene påvirkes, avhengig av hvem som deltar i undersøkelsen. Det finnes ingen optimal måte å velge ut informanter på, vi kan bare velge ut de som vi tror egner seg best. Hvor godt utvalget er, avhenger av hvor godt samsvar det er mellom dem vi velger å intervju og det vi ønsker å få belyst (Jacobsen 2004: 98).

Ifølge Repstad (2007) egner gruppeintervjuet seg best når man skal intervju personer med noenlunde lik status fra et samkjørt kollektiv og uten innbyrdes konflikter. Det passer godt når det skal forskes på faktiske forhold, en kollektiv praksis (ibid: s.100).

I mitt prosjekt var jeg avhengig av at lederen valgte ut personer som skal intervjues. Hun har oversikt over hvem som ville kunne gi den mest relevante informasjonen. Da det er vanskelig å fristille personal på en postoperativ avdeling til et intervju, har jeg fra starten planlagt å gjennomføre undersøkelsen med få sykepleier. Jeg har kun bedt om at respondentene skal være representative for bemanningen på en gjennomsnittlig vakt. På en slik avdeling som jeg har valgt å se på, arbeider det kun sykepleier med eller uten videreutdanning. Jeg hadde kontakt med lederen av postoperativ avdelingen ved flere anledninger både skriftlig og ved

personlig kontakt. Det var avtalt at fire respondenter skulle delta, noen som arbeider fast på postoperativ avdelingen og noen som ruller mellom intensiv og postoperativ avdeling. Lederen fikk tilsendt informasjonsbrevet og samtykkeerklæringen som hun delte ut til deltakerne. Tidlig en mandag i november var jeg på avdelingen for å intervju respondentene; Sykepleiere som hadde dagvakt den dagen intervjuet skulle gjennomføres. Da jeg kom for å gjennomføre intervjuet hadde situasjonen på avdelingen blitt helt forandret pga sykdom hos personalet og flere dårlige pasienter. Takket være velvilje og fleksibilitet fra personalet og ledelsen kunne intervjuet likevel gjennomføres, litt forsinket, med kun tre respondenter og i litt kortere form. De tre som deltok i samtalen gjenspeilte en gjennomsnittlig vaktbesetning på en akuttavdeling, spredt i alder og erfaring.

Ifølge Jacobsen (2004:98) er utvalget jeg har tatt *formålsorientert*, et forsøk på å få den mest interessante informasjonen for å belyse problemstillingen. Hvor godt utvalget er, avhenger av hvor godt samsvar det er mellom dem vi velger å intervju, og det vi ønsker å få belyst.

### 3.8 Intervjusituasjon

Samtalen i et forskningsintervju er ikke en gjensidig form for interaksjon mellom to likeverdige. Det oppstår et *asymmetrisk maktforhold*: Intervjueren definerer situasjonen, presenterer samtaletemaene, og styrer intervjuet gjennom å stille ytterligere spørsmål med formålet å fange inn subjektets perspektiv (Kvale 1997: 74).

Stedsvalget for intervjuet er med på å avgjøre om samtalen blir vellykket. Det er viktig at informantene føler seg vel i omgivelsen der samtalen skal gjennomføres. Før intervjuet starter er det viktig å forsikre informantene at innholdet av samtalen blir behandlet *konfidensielt*.

Avdelingssykepleieren hadde reservert pauserommet til tidspunktet intervjuet skulle gjennomføres; Et stort og lyst rom, hvor vi kunne sitte rundt spisebordet. Før jeg startet undersøkelsen informerte jeg respondentene om hva jeg skulle bruke materialet til og gjentok at ledelsen hadde gitt skriftlig samtykke til å ta intervjuet; datamaterialet skulle behandles konfidensielt og forskningsetiske retningslinjer følges. Lydopptaket skulle gjøres med en mobiltelefon uten SIM-kort og alt skulle slettes når jeg ikke lenger hadde bruk for det. Fra alle tre fikk jeg *skriftlig samtykke*.



Situasjonen var meget avslappet, og jeg hadde på følelsen at vi var trygge på hverandre. Respondentene var arbeidskollegaer som kjente hverandre godt og har arbeidet sammen over lengre tid; det virket som om de var vant å snakke åpent sammen om problemer og opplevelse i arbeidssammenheng. De visste at jeg hadde samme yrkesbakgrunn og lett kunne følge med det de beskrev uten nærmere forklaring av fenomenene. Mine respondenter skildret sine opplevelse og følelser med egne ord og utfylte hverandres skildring. Mine spørsmål var kun som et stikkord for dem.

Noen ganger kommer informantene inn i flere temaer under intervjuet. Gruppedynamikken trigger flere synspunkter. Da gjelder det å være fleksibel. Vi kom fort tilbake til det opprinnelige temaet. Jeg hadde intervjuguiden med, mest som huskeliste, for ikke å glemme noen av punktene jeg hadde planer om å oppfordre respondentene til å fortelle om. Utarbeidelse av intervjuguiden baserte jeg på min erfaring fra fagområdet. Med mange års yrkeserfaring fra akuttmedisin hadde jeg selv vært bort i problemer med taushetsplikten og observert mine medarbeideres omgang med sensitiv informasjon.

Til opptak brukte jeg en lydopptaker for å kunne gjengi innholdet av samtalen så presist som mulig. Ved to anledninger kom en person inn på rommet for å ordne med noe, men respondentene lot seg ikke forstyrre av det. For meg var støyen noe sjenerende da opptaket skulle skrives ned. Gruppens medlemmer var trygge på hverandre og alle tok del i samtalen; de utfylte hverandre med innspill til alle problemområder som ble tatt opp. Spørsmålene fra meg var kun for å få frem mer utfyllende informasjon.

Selv om respondentene hadde et stort arbeidspress på avdelingen ga de ikke utslag i samtalen, vi kom gjennom punktene som var satt opp på intervjuguiden og skulle belyses.

Etter møtet hadde jeg fått et godt innblikk i deres arbeidssituasjon og mange innspill til mitt problemfelt. Jeg hadde intervjuguiden med meg, mest som en huskeliste, da jeg er godt kjent med arbeidssituasjonen på en postoperativ avdeling visste jeg hva jeg ville få informasjon om. Ved stikkordmessige temaer kan respondenten fortelle fritt, det fører lettere til en fri samtale. Det følges ikke strengt i rekkefølge, den hjelper å huske alle temaer. Likevel var det en sikkerhetsfaktor for meg å ha et papir jeg kunne støtte meg på, det var første gang jeg gjennomførte et intervju alene og da jeg kontrollerte, hadde vi vært innom alle

punkter pluss noen flere som også er aktuelle, men ikke kommer under spørsmålsstillingen min.

### 3.9 Transkribering og analyse og fortelling

Opptaket overførte jeg til datamaskinen og skrev det ned kort tid etter gjennomføring av intervjuet mens jeg fortsatt hadde situasjonen i fersk minne. Jeg har prøvd å skrive ned ordrett, og har tatt med både latter og pauser. Opptaket var vellykket og det var kun ved en anledning at jeg ikke forsto hva som ble sagt. Dialekt har jeg fjernet for ikke å skaffe muligheten til å gjenkjenne noen av informantene. Meningen i setningen er beholdt og jeg har beholdt den talepregede formen i sitatene som er brukt i oppgaven min.

Et intervju reflekterer hva en person føler og mener på et bestemt tidspunkt og i en bestemt kontekst (Repstad 2007: 95). Med lydopptak blir kun talen registrert, den mangler konteksten som respondentenes ansiktsuttrykk eller kroppsspråk.

Jette Fog (2004) betegner utskriften som et kunstprodukt:

*”Talen løsgøres fra de personer, der talte og eksisterer nu i en anden form som et vist antal sider, der skal bearbejdes av forskeren. Den kan læses igjen og igjen, den kan fortolkes og forstås på forskjellig vis” (ibid.: s.111).*

Diskursanalyse er en fellesbetegnelse på ulike tilnærmingsmåter der man studerer tekster i sammenheng med deres sosiale kontekst, med tanke på å se hva slags meninger som uttrykkes (Repstad 2007: 108). Analyse og fortolkning glir mye inn i hverandre i kvalitativ forskning. Vi ser etter likheter og forskjeller og trekker ut eventuelle fenomener, prøver å finne sammenhengen. Man må kjenne et skrifts historie for å kunne forstå det. Det er skriften som har oppstått i en bestemt kontekst og til sammen utgjør en helhet

Etter transkriberingen har jeg sett etter fellestrekk og fant ut at funnene kunne deles opp. Ved hjelp av en tabell har jeg ordnet svarene i grupper (lege, medpasient og pårørende).

Respondentenes tanker ble skrevet stikkordmessig i de tilhørende felt i tabellen. Ganske tidlig så jeg problemene både adskilt og i sammenhengen. Funnene presenteres senere i oppgaven.

Min tekst hadde sin bakgrunn i sykepleiernes fortellinger fra sin arbeidsplass. Sammen med min erfaring fra akuttavdelingen og med utgangspunkt i teorien prøvde jeg å trekke ut essensen av datafunnet.

Det finnes mange ulike måter å analysere kvalitative data på, men felles for alle er at man skal veksle mellom å analysere deler og se de i en større helhet. Denne tilnærmingen kalles en *hermeneutisk analyse*. Gadamer bruker i sin beskrivelse av den hermeneutiske sirkel ordet *fordom*; han bruker det ikke i negativ betydning men til å beskrive bakgrunnskunnskap individet møter fenomener med. Denne fordommen danner også utgangspunktet for hva forskeren vil rette sin oppmerksomhet mot. Den gjør at man forstår delene ut av helheten og helheten ut av delene. Disse to interagerer med hverandre, og slik oppnår man en høyere og høyere horisont som blir et nytt utgangspunkt til videre forståelse, en slags spiral (Kjørup 2008; kap 13).

### 3.10 Etiske overveielser

*På samme måte som etikk dreier seg om visjonen om det gode liv, dreier forskningsetikk seg om visjonen om den gode kunnskapen (forskningsetiske retningslinjer).*

Forskningsetiske retningslinjer baserer spesielt på samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. For å ta vare på anonymiteten har jeg ikke skrevet ned navn til respondentene eller stedet hvor undersøkelsen ble gjennomført. Ved transkribering ble dialekter nøytralisert, men setningens mening ble beholdt. For ikke å komme i konflikt med forskning på egen arbeidsplass valgte jeg fra starten å bruke en postoperativ avdeling på et annet sykehus i Helse Sør-Øst. Før gjennomføring av intervjuet ble informert samtykke innhentet av respondentene. Prosjektet er meldt til NSD og vurdert som ikke meldepliktig da det ikke forskes på pasientinformasjon

## 4 Presentasjon av datamaterialet

I denne delen av oppgaven vil jeg vise til den informasjonen jeg fikk gjennom fokusgruppeintervjuet med sykepleierne på postoperativavdelingen. Sitatene som er tatt fra intervjuet er skrevet med fremhevet skrift. Utsagn fra sykepleierne kommer jeg å sammenligne med resultater av tidligere studier (Mlinek 1997 og Karro 2005) som har undersøkt problemet med personvern og taushetsplikt på et akuttmottak.

Både på akuttmottak og postoperativavdelinger ligger flere pasienter på samme rom, det er en høy pasientflyt og plassene er kun adskilt av gardiner. Jeg har arbeidet på begge steder i flere år både i inn- og utlandet, og synes derfor at sammenligning av resultater kan underbygge problemet med omgang av taushetsbelagt informasjon.

Ved gjennomgang av intervjueteksten har jeg funnet noen tema som går igjen. De berører pasient, pårørende, leger og sykepleier som er de menneskelige faktorene i undersøkelsen. Konteksten som vanskeliggjør omgangen med sensitiv informasjon, som store rom med mange senger, er dessverre ikke til å unngå. Alle tre respondentene svarte under intervjuet at det var flere faktorer som vanskeliggjorde omgangen med taushetsbelagt informasjon. Jeg kommer å fremstille de nevnte problemer i sammenheng med teorien og hverdagen på postoperativ avdeling, jeg presenterer funnene ut fra sykepleiernes svar i intervjuet og deres synspunkt.

### 4.1 Pasienter kan overheøre det som blir sagt

Når pasienten trilles inn fra operasjonsstuen får sykepleieren som overtar ansvaret muntlig rapport fra anesthesi- og operasjonssykepleieren, som har vært med under operasjonen, om hva som ble gjort under operasjonen og mens pasienten lå i narkose. Under overleveringen sies stort sett navn, diagnose og inngrepets art og da er det ikke til å unngå at pasientene som ligger i sengene ved siden av kan høre hele eller deler av samtalen.

*”Overleveringen fra operasjon, foregår jo da også på rommet med ni pasienter, sengene står jo tette, mange våkne pasienter på posten som får med seg alt som blir sagt ved nabosenga”*(svar fra intervju).

En av respondentene svarer at det finnes sykepleiere som ved overlevering av pasienter er mer nøyaktig i omgangen med taushetsbelagt informasjon og derfor ikke sier navnet til pasienten, de bare peker på anestesi- eller operasjonsjournalen og sier: ”dette er denne pasient”; resten av rapporten kan likevel høres av uvedkommende.

*”Men det ligger jo pasienter ved siden av som har hørt alt annet bare ikke navnet, så trekker vi gardinen fra og da ser de jo, ja det er deg, ja.. det kan jo være en man kjenner, det kan jo være enkelt at man har hørt og tenker jeg tror at jeg kjenner denne personen, ...”(svar fra intervjuet).*

Undersøkelsen fra et akuttmottak bekrefter at medpasienter kan overhøre samtaler helsepersonell imellom og med pasienten. I pasientrom hvor det kun var adskilt med gardiner, kunne nesten alt bli overhørt av observatøren i naborommet, dette skjedde i over halvparten av observasjonene. Det var også mulig å se pasienter fordi gardinene ikke var trukket helt for(Mlinek 1997). En annen studie (Karro 2005) som baserer seg på pasientsvar, der 86 % av de spurte vurderte personvern som viktig bekrefter respondentenes erfaring.

*”De blir jo faktisk ufrivillige deltakere i en taushetsbelagt ting... kan ikke unngå det..”*  
(svar fra intervjuet).

Pasienten blir en tredjepart uten at han ønsker det. Det å høre informasjon som er beregnet for andre kan ha en bitter smak. Opplysningene kan være av en art som vekker vonde minner, skjebnen til et ukjent menneske kommer meget nært inn på en medpasient, det vekker tanker som: blir mine opplysninger behandlet på samme måte? Det er brudd på tilliten mellom helsepersonell og pasient. Skal jeg være forsiktig med hva jeg sier?

*”Jeg tror det er vondt for den..., for oss for å beskytte pasienten selv, men også for den som hører på hadde tenkt det der er ikke noe, det er ikke ment for meg. Hadde jeg ligget i nabosengen og vært våken, så ubehagelig å få overhørt en sånn ting ” (svar fra intervjuet).*

Hendelsene som er nevnt i samtalen berører negativ informasjon til pasienten, ingen har reagert da jeg spurte om det også gjaldt informasjon som ikke var forbundet med en dårlig prognose for pasienten. Det er selvfølgelig lettere å godta at en tredjepart overhører positiv informasjon, men ut fra lovverket blir det ikke gjort forskjell, der står kun opplysninger.

Sykepleierne beskrev også at ”gjennomsnittspasienten” stort sett ikke brydde seg om det som hender ellers på stuen:

*”Vi er jo forskjellige alle sammen, men jeg tror at den vanlige pasienten er, man er der og må høre noe fordi man tilfeldigvis har blitt operert selv, man er ikke særlig interessert selv, men ok jeg får høre ting som ikke..., men inn på det ene øret og ut gjennom det andre, men så har du jo de som du finner alle steder, som elsker nyheter og som gjerne vil bli første mann til å fortelle ...”(svar fra intervjuet).*

## 4.2 Pårørende som ufrivillige tilhører

Når pårørende hentes inn til pasienten må de gå gjennom rommet, og vanligvis er ikke alle pasienter gjemt bak gardinene; de kan ikke gjemmes helt, for meningen med å ligge på en postoperativavdeling er at pasienten kan observeres kontinuerlig.

*”.. og det å prøve å beskytte dem fysisk med å dekke en del igjen... men du kan jo heller ikke dekke alle sammen fullt inn med laken, eller trekke forheng, for da ser vi jo ingenting..vi må jo ha muligheten, det er jo grunnen til at de ligger her er at vi skal observere dem, du skal se farge du skal se respirasjonen, at de har det rimelig greit, hva de gjør og at de puster ok og da er det begrenset hva du klarer å beskytte mot ...”(svar fra intervjuet).*

På en postoperativavdeling er det lite plass mellom sengene, knapt plass til en stol og i tillegg til at man hører alt gjennom gardinene, beskytter de ikke alltid godt nok for inn- eller utsyn.

*”..og da tar vi jo imot besøk... som slippes inn og som sitter bak forhenget og som hører alt som blir sagt, liker å se og får med seg alt som blir sagt i forbifarten. Det er ofte mer spennende det som skjer i nabosengene”(svar fra intervjuet).*

*”Men vi har jo lite eller sjeldent pårørende, det er noe vi har sagt helt nei til. I spesielle tilfeller hvor det er en eller annen tilstand som gjør det nødvendig at de må være til stede; psykisk utviklingshemmede eller noe annet som gjør at pårørende må være til stede, men det er jo ofte pårørende som er vant til å være på sykehuset, det er en helt annen type pårørende,...”(replik).*

I løpet av et døgn er det mange telefoner fra pårørende som spør hvordan at det står til med deres kjære. Her kan sykepleiere få en utfordring, de vil gjerne svare, men det er ikke lov å gi opplysninger om en pasient uten at han samtykker. De nærmeste pårørende er oppført i journalen og det er de det kan gis opplysninger til. At det er den riktige personen som ringer er et faktum som personalet må stole på. Hvis pasienten ikke ønsker at noen skal vite om innleggelsen kommer det frem i journalen.

*”Jeg svarer aldri det før jeg har spurt, ja hvem er du” (svar fra intervjuet).*

*..det blir jo ofte når du har det travelt, at du spør hvem er det som ringer, og er det nært nok i relasjoner, er det kona eller datter så får de informasjonen, selv om ingen vet om pasienten har noen spesielle ønsker i forhold til om opplysninger kan gis ut eller ikke.. (svar fra intervjuet).*

Ofte er det pårørende til eldre mennesker som spør om mor eller far har kommet fra operasjonen og om det har gått bra. I slike tilfeller er det enkelt å svare, da bruker sykepleiere skjønn når de svarer.

*”Vanskelig med telefon, har aldri opplevd at det har vært feil noen plasser, at man har gitt opplysninger til noen som ikke..”(replik).*

Med dagens narkosemetoder er pasientene fortere våken og flertallet kan svare selv når pårørende ringer. Dette løser problemet med identifisering av pårørende, men fortsatt kan medpasientene høre hva som blir sagt.

*”Men, de fleste pasientene våre er våkne og da kan pasienten få beskjed hvis vi er i tvil på noe, og går og spør om det er i orden at vi gir opplysninger” (svar fra intervjuet).*

## **4.3 Hvordan leger håndterer taushetsplikten**

Selv om dette er en undersøkelse av sykepleiernes opplevelse av omgang med taushetsbelagt informasjon på en postoperativavdeling må jeg nevne at respondentene svarte at mange brudd av taushetsplikten skyldtes legene. Alle tre fortalte om situasjoner de hadde vært vitne til:

*”Noen kirurger kommer inn til pasienten og gir opplysninger om operasjonen uten å tenke over at det ligger flere pasienter på rommet og som kun er adskilt med en gardin”(svar fra intervjuet).*

*”Men problemet er jo at kirurgen kan komme og informere på en nisengsstue...”(svar fra intervjuet).*

Selv når sykepleieren oppdager at legen er inne hos pasienten kan det være for sent å stoppe ham før han snakker med pasienten:

*”.. og det går jo fort for han er i gang med å snakke, før du liksom... ah der er jo han, kirurgen før han står og prater med pasientene... og det med gardinene det hjelper jo ikke; ... plutselig er han der og da er samtalen i gang”(svar fra intervjuet).*

Respondentene svarte at noen leger gikk direkte fra operasjonsstuen inn til pasienten uten å henvende seg til ansvarlige sykepleier først og at det er dessverre slik at er det er for sent å gripe inn når samtalen i gang, da blir pasienten mistenksom og legen fornærmet.

Sykepleieren som fortalte om hendelsen var lei seg på pasientens vegne og følte at det eneste hun kunne gjøre var å trekke for gardinet.

En hadde opplevd følgende episode:

*”...for da kommer jo all de kirurger, de gir jo den informasjonen... og jeg husker jo at det var en ung pasient som lå der; da kom de inn med en gang de skiftet, og skal informere den pasienten som nesten ikke hadde våknet engang og snakket og sto midt i det hele, ... det jeg gjorde da var at jeg trakk for gardinene, det var liksom min reaksjon, jeg tenkte, hva skal jeg gjøre nå, jeg må bare gjøre noe, nei jeg kunne ikke...”(svar fra intervjuet).*

I forhold til svarene fra intervjuet er dessverre ikke alle profesjonsmedlemmer klare over av de bryter de etiske retningslinjene. Om de gjør det bevisst eller ubevisst kommer ikke frem av undersøkelsen. Det har ingen konsekvenser for en profesjonell å bryte de yrkesetiske retningslinjene; lov og retningslinjer er ikke enslydende.

Men det er et klart brudd på *helsepersonelloven* § 21 som sier at helsepersonellet skal hindre at andre får adgang, eller kjennskap til opplysninger om folks sykdomsforhold. Denne loven skal sikre pasientens personvern (*helsepersonelloven*).



Samtidig gir *pasientrettighetsloven* § 3-6 pasienten vern mot spredning av opplysninger. Som nevnt tidligere i oppgaven brytes taushetsplikten ofte uten å tenke over, tredjepersoner kan overhøre sensitive opplysninger i utallige sammenhenger (lovdata.no).

De to andre respondentene reagerte slik på den beskrevne situasjonen:

*”... nei det får man ikke gjøre det.. du må jo finne en måte de kan informeres på, men mange blir dessverre informert bak et forheng på en nimanstue ... (tankepause..) ”*  
(svar fra intervjuet).

*”... det er en ting som jeg tror alle reagerer på, hver gang, det kjennes det er dumt det...”* (replikk)

Mine funn viser en viktig parallell til undersøkelsen fra mottagelsen nemlig at brudd på personvern og taushetsplikt forekommer. Potensiell sensitiv pasientinformasjon kan oppfattes av alle som bryr seg om det. Artikkelen henviser til studier som viser at leger diskuterer pasientcasus under upassende omstendigheter. Vi må også være klar over at vanlige mennesker har mer og mer medisinsk kunnskap og derfor vil forstå medisinske uttrykk og jargon (språkbruk) brukt i de tilfellene hvor personvern og taushetsplikt ikke blir overholdt (Mlinek 1997).

*”Det burde kanskje gå an å klaske litt på skulderen og si stopp lit, men det avhenger av hva man har kapasitet, underbemanning og alt dette her, men man burde kanskje ha tid til å gjøre sånne ting, stoppe legene, og så ta de med på vaktrommet og si det at vi skjønner at det er en dårlig informasjon og det er ikke passende å gi den der”*(svar fra intervjuet).

## **4.4 Sykepleiernes opplevelse av brudd på taushetsplikten**

Slike jeg forstår informantene resulterte deres opplevelse ved brudd av taushetsplikten i en avmaktsfølelse. Man vet så godt hvordan det skulle være, men likevel er det faktum at taushetsplikten krenkes på det groveste. Alle ansatte har undertegnet en taushetserklæring og vet hva det innebærer å være bunnet av løftet; Erfaringene i hverdagen viser en annen side.

*”Kjenner jo det, man er jo ikke blitt helt følelsesløs og så proff i gamet at man ikke lenger har følelser, vi er jo bare mennesker ellers, vi har jo et liv utenom dette og opplever ting som ikke er noe ålreit og da vet man jo at, det er ikke så vanskelig å sette seg inn... ”(svar fra intervjuet).*

Konteksten på postoperativavdelingen gjør det vanskelig å bevare pasientens personvern. Respondenten som hadde opplevd at en ung pasient fikk informasjon rett etter at han kom inn på avdelingen og nesten ikke hadde våknet helt sa også:

*”Det å kunne ta gardinene, det hjelper jo ikke, nei, det er ekkelt og jeg liker det ikke, og det var min måte, det var lille jeg kunne gjøre da det var å ta gardinene...” (svar fra intervjuet).*

På en sengepost kan pasienten ha samtalen med legen på tomannshånd, en mulighet som ikke er til stede på en postoperativavdeling.

*”Og sånn som jeg ser det nå å ha en recoveryavdeling, intensivavdeling og dem på po-stuen, der vi har tre-fire senger, der kan du begrense veldig, for det er jo bare to stykker på et rom. Ofte så er jo naboen også utslått, så de hører ingenting. Men utenom det, når du skal ha en recoveryavdeling som er produksjonsavhengig, og som skal gå gjennom, vi har jo nesten femogethalv tusen pasienter gjennom i løpet av et år og da er det fullstendig umulig å ikke legge de ved siden av hverandre... hvis du skal klare å bemanne der og klare å følge de opp og passe på”(svar fra intervjuet).*

Studien fra mottagelsen viser at arkitekturen kan ha innvirkning på personvernet. På mottagelse settes effektivitet og rask arbeid høyt. Kanskje disse verdier ikke kan eksistere ved siden av personvern, er derfor kravet om å sikre et privatområde i mottagelsen meningsløs? På den andre side er det mulig at krisementaltitet og ”skynde seg sakte” som karakteriserer arbeidet på en mottagelse ikke grunnleggende er uforenbar med personvernet, men lett er egnet for brudd på personvern og taushetsplikten overfor pasienter. Å bevare personvern kan helt enkelt kun kreve økt vaktomhet. Det kreves arbeids- og organisasjonsendringer (Mlinek 1997).

Mot slutten av intervjuet spurte jeg sykepleierne om det var planlagt noen forandringer i arbeidsrutiner eller utforming av avdelingen og som kunne ha betydning for omgangen med personvern.

*”Men det er ingen andre tanker, planer om å forbedre måten taushetsbelagt informasjon blir gitt på” (svar fra intervjuet).*

## 5 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg belyse problemet som spørsmålsstillingen i min oppgave baserer på:

*Hvordan erfarer sykepleiere at taushetsbelagt informasjon håndteres på en postoperativavdeling?*

*Hva er deres refleksjoner vedrørende pasientenes personvern?*

At taushetsplikten blir krenket flere ganger hver dag er et faktum, og under intervjuet har jeg funnet noen punkter som jeg skal gå dypere inn på og diskutere problemet ut fra teori og praksis. For alle berørte parter er situasjonen ubehagelig og kan ikke godtas. Jeg har ingen løsning, men prøver å gjøre oppmerksom på og diskutere svakheter som eksisterer. Faktorene som medvirker til brudd av personvernet er både menneskelige og arkitektoniske.

Svarene fra intervjuet bekreftet mine antakelser om at taushetsplikten brytes gjentatte ganger.

Mine funn har jeg sammenlignet med resultater av tidligere studier som har undersøkt problemet med personvern og taushetsplikt på et akuttinntak.

I drøftingen bruker jeg de teoretiske perspektivene fra kapittel 2 og svarene fra intervjuet som ble presentert i kapittel 4. Når jeg beskriver pasientenes situasjon og peker på praktiske løsninger som kan bidra til å forbedre pasientens personvern, trekker jeg mine erfaringer fra arbeidet på en postoperativavdeling med inn i oppgaven/ konklusjon.

### 5.1 Kontekst

Både på akuttinntak og postoperativavdelinger ligger flere pasienter på samme rom, det er en høy pasientflyt og plassene er kun adskilt av gardiner. Jeg har arbeidet på begge steder i flere år både i inn- og utlandet, og synes derfor at sammenligning av resultater kan underbygge problemet med omgang av taushetsbelagt informasjon.

Undersøkelsen fra et akuttinntak som jeg nevnte tidligere i oppgaven belyser samme problem; at kunne nesten alt kan bli overhørt av observatøren i naborommet (Mlinek 1997).

En tilsvarende studie på en postoperativ avdeling ville vise lignende resultater.

For å ha en økonomisk gjennomførbar drift av en slik avdeling blir det nødvendig å ha flere pasienter plassert på samme rom. En sykepleier må kunne ta hånd om mer enn en pasient; en intensiv overvåking trenger fysisk nærhet, med sine sterke og svake sider. Når hjelp må tilkalles er det nødvendig å ha andre sykepleiere i nærheten; i enkelte tilfeller kan det haste og hjelpen må komme fort.

Et stort problem er kommunikasjon mellom personal og andre tilstedeværende personer, samt telefonsamtaler. Mange pasienter og personal er på samme rom kan støynivået kan være høyt. Det krever at personalet snakker med litt hevet røst; et stort tall eldre pasienter medfører også flere som har nedsatt hørsel. Når pasientplasser kun skilles med en gardin og sengene står plassert ganske tett opp til hverandre, er det ikke til å unngå at en tredjepart får høre informasjon som egentlig er beregnet til en annen.

Respondentenes beskrev følelsene til en ufrivillig tilhører som følgende:

*”Det å høre informasjon som er beregnet til andre kan ha en bitter smak. Opplysningene kan være av en art som vekker vonde minner, skjebnen til et ukjent menneske kommer meget nært inn på en medpasient, det vekker tanker som: blir mine opplysninger behandlet på samme måte? Det er brudd på tilliten mellom helsepersonell og pasient. Skal jeg være forsiktig med hva jeg sier” (svar fra intervjuet)?*

Respondentene svarte klart at hvis en pasient av forskjellige årsaker (offentlig person, politiovervåking) trengte ekstra beskyttelse av sin privatsfære, så brukte de et av de små rommene, helst tomannsstuen alene for vedkommende.

At telefoner og personalets arbeidsplasser er sentralt plassert i rommet og i nærheten av pasientene letter personalets hverdag, men gjør samtidig omgang med sensitiv informasjon mer sårbart. Pasienter som er plassert i nærheten av personalets arbeidsområde kan få med seg mye av det som blir sagt. Arbeidsplasser skulle derfor bli plassert unna pasientområdene. Det oppstår arkitektoniske og organisatoriske utfordringer som er uforenbare eller vanskelig å løse, men er en faktor som har stor innflytelse på personalets mulighet til å ivareta personvern.

En stor del av informasjonen som videreformidles på en postoperativavdeling gis ikke direkte til pasienten, men videre til en annen ansatt og ikke i direkte nærhet av pasienten.

Telefonsamtaler som den jeg nevnte i begynnelsen og som la utgangspunktet for min oppgave, hører med til det daglige. Personalet kunne tatt samtalen et annet sted, men datatilgjengeligheten kan gjøre dette umulig.

Telefoniske og direkte rapporter ved vaktskifte skal helst foregå på lydmessig mer vernede steder; hvis mulig i avlukkede rom. Mange telefonsamtaler kunne elimineres ved bruk av ”stille rapport”. Den gjennomførte og planlagte behandlingen kan skrives i det tverrfaglige EPJ og kan leses av sykepleieren som overtar ansvaret for pasienten på posten; journalføring er lovpålagt for helsepersonalet uansett. Per i dag blir rapporten både skrevet ned og ringt til ansvarshavende sykepleier på posten. Med en liten organisatorisk forandring kunne personvernet blitt bedre ivaretatt og arbeidstid innspart for begge parter. Mange ganger er den pasientansvarlige sykepleier på sengeposten opptatt og må avbryte arbeidsoppgaven sin for å kunne ta i mot rapport, eller må få delegert oppgaven til en annen; opplysningen går gjennom enda et ledd. Den som skal gi opplysninger må stole på rapporten tas imot av en person som er lovmessig skikket, det er ikke mulig å kontrollere. Med kun skriftlig rapport er tilgangen til informasjon i EPJ regulert fra dataavdelingen.

Loven gir retningslinjer for både behandling, registrering og lagring av helseopplysninger. Man skulle kunne forvente at arbeidsgiveren prøvde å tilrettelegge for at retningslinjene kan følges av helsepersonalet.

I dagens helsevesen er mye av driften styrt økonomisk, flest mulig pasienter skal behandles og systemet utnyttes optimalt. En postoperativ avdeling med mange senger på samme rom kan drives med mindre personalressurser enn hvis det hadde vært en - eller tosengsstuer. Det er enkelt å tilkalle hjelp av en annen sykepleier og hun kan hjelpe til uten at hun må forlate sine pasienter.

Utforming av en postoperativ avdeling tar størst hensyn til pasientflyt og kanskje økonomisk effektivitet er grunnleggende for planlegging, men den er i liten grad forenlig med pasientenes personvern. Det må tenkes nytt og fastsette hvilken av disse to verdiene som er viktigst innenfor helsevesenet. På et tidspunkt blir kvalitet og etisk ansvar i pleien uforenlig med økt behandlingseffektivitet (Vetlesen 1998: 154).

At helsepersonellet må bryte loven og handle uetisk når det utøver helsehjelp er grunnleggende feil. Hadde det vært strålevern og ikke personvern, ville man umiddelbart ha satt i gang med forbedringer.

## **5.2 Personalets omgang med taushetsbelagt informasjon**

De fleste brudd på taushetsplikten er personalrelaterte. En faktor er rommets utforming, og den andre er personalets omgang med opplysningene. Men selv i en omgivelse som gjør det vanskelig å ivareta taushetsplikten er det mulig å være seg bevisst om at personvernet må prioriteres høyt.

Alle som arbeider på en tilsvarende avdeling er klar over at rommets utforming som gjør utveksling av sensitiv opplysning vanskelig. Hvorfor er personalet da ikke ekstra forsiktig?

Under sitt arbeid snakker sykepleiere med pasienten og informerer ham om forskjellige ting i sammenheng med inngrepet: det kan variere fra et enkelt spørsmål om smerter, informasjon om pusteøvelser eller om planlagt behandling/ undersøkelser. Det er ikke taushetsbelagt informasjon som blir utvekslet, men kan likevel høres av medpasientene som ligger i nabosengen og når de kan se hvem som ligger der når deres seng trilles ut, er det kanskje en de kjenner.

Når pasienten spør sykepleieren om hva som ble gjort eller funnet under operasjonen er det vanskelig å la være å svare. Da er det viktig å bruke skjønn og forklare at legen skal snakke med dem senere på posten når de har våknet litt mer; i hvert fall der hvor svaret ikke handler om ”hvor mange skruer som ble satt inn i et ben”. Sykepleierne svarte under intervjuet at det var negativ informasjon de reagerte på, men ut fra loven er det ingen forskjell om hva slags informasjons som gis.

I noen tilfeller hvor pasienten har fått informasjon av legen hender det at han ikke har forstått svaret, eller at det har dukket opp ytterlige uklarheter som han gjerne vil ha svar på. Da ligger det nærmest å spørre sykepleieren om råd; hun forklarer eller gjentar svaret og bryter taushetsplikten. Skal hun hjelpe pasienten, eller påberope seg på taushetsplikten?

Å la være å svare kan gjøre pasienten mistenksom og oppfattes som uhøflig. Livsytringene som tillit og åpenhet i talen er grunnleggende vilkår for å ta den andre på alvor, for å respektere hans integritet og menneskeverd (Vetlesen 1998: 144).

Helsepersonellet møter pasienten i rollen som profesjonsutøver, men pasienten er pasient i kraft av sin tilstand (sykdom), ikke i kraft av ”hele seg” som person. Det ligger helt sentrale normative føringer i at pasienten møtes og erfares som enkeltperson, ikke bare som en som har en sykdom (Vetlesen 1996: 13). Å kunne snakke sammen er grunnleggende, men den spesielle situasjonen man befinner seg i krever at man legger tilside åpenheten som ellers er grunnleggende, og tar hensyn til konteksten som lett kan bidra til krenkelse av hans personvern.

Yrkesstandens profesjonalitet og etiske standard beskriver at informasjon som man har blitt betrodd i yrkessammenheng skal behandles konfidensielt, det viktigste grunnlaget for tilliten fra samfunnets side.

Både leger og sykepleier har taushetsplikten omtalt i sine yrkesetiske retningslinjer og begge profesjoner er underlagt helsepersonelloven. Da skulle man kunne gå ut fra de forholdt seg omtrent likt i omgangen med taushetsbelagt informasjon, at ingen gruppe vil bryte taushetsplikten med vilje og at de vil respektere loven.

Studien fra mottagelsen viser hvordan det forholder seg i virkeligheten; Den viser at 99 % av legene og sykepleierne svarte at personvern er en rett og taushetsplikt er en viktig faktor, og at det er de profesjonelles ansvar å ivareta, men observasjonene i samme studie viser helt motsatt (Mlinek 1997). Når personvern og tillit mellom to parter består, kan viktigheten av dette i forholdet ikke overses. Ved å bryte taushetsplikten blir både pasientens tillit og loven misligholdt.

## **5.3 Pasientens situasjon**

Under intervjuet kom det frem at leger ofte bryter taushetsplikten. De kom inn fra operasjonsstuen og gikk direkte til pasienten for å informere ham om inngrepet; Noen ganger hadde pasienten knapt våknet fra narkosen. Er det nødvendig å gi informasjon på postoperativ avdeling?



Når en pasient våkner fra narkosen kan det ta litt tid før han klarer å huske det som skjer rundt ham og det som blir sagt; anestesimedikamentene virker fortsatt inn på kroppen. Det er et uheldig tidspunkt for informasjon om inngrepet. En samtale som skjer kort tid etter at pasienten våkner av narkosen vil sjeldent bli husket i detaljer.

En halvvåken pasient er ikke like oppmerksom på at noen kan overhøre samtalen og personvernet hans dermed blir krenket, han er i en situasjon som den profesjonelle må ta hensynt til. Det er respekten for enkeltindividers personlige integritet, som er det bærende motiv i de overveielser som ligger til grunn for bestemmelsene om personvern (Ohnstad 2003: 17).

En pasient som våkner i en ukjent omgivelse, kanskje har smerter og er kvalm i tillegg, er på dette tidspunktet primært opptatt av å bli kvitt smertene. Han er ikke mottagelig for informasjon før det grunnleggende behovet er stilt. Noen pasienter blir også operert umiddelbart etter at de kommer inn på sykehuset; det som pasienten har gjennomgått i løpet av kort tid setter sine spor og må bearbeides før ny informasjon kan tas opp.

Selv for en pasient som ikke har fått narkose blir det mange inntrykk på en postoperativavdeling. Med mange personer på et rom følger også ukjente lyder som kan gjøre ham usikker. De fleste av oss har sett en vanlig sengepost, men kun noen vet hvordan en akuttavdeling ser ut. Pasientene kan bli redde eller forvirret når de hører uvante lyder som de ikke vet hvor kommer fra og alarmer som de ikke vet hva betyr. Da er det godt at en sykepleier viser empati, forklarer situasjonen og beroliger pasienten. Empati har med mellommenneskelige relasjoner å gjøre. Det blir omtalt som nøkkelen til forståelse og kunnskap om pasientens indre verden. Det dreier seg om å forstå, ikke bare intellektuelt, men også følelsesmessig, hvordan et annet menneske har det, et nødvendig utgangspunkt for å gi god pleie/ behandling (Martinsen1993: 87).

En person som trenger helsehjelp er i en sårbar situasjon. Loven skal sikre pasientens personvern. Ingen ville velge et behandlingssted der de visste at taushetsplikten ble brutt. Pasienten har intet valg, han er avhengig av helsevesenet fordi han trenger hjelp og blir avhengig av systemet og personene som arbeider der. For å få den beste mulige behandlingen for sin sykdom, er han nødt til å gi opplysninger fra seg som han ellers ikke ville gitt til en ukjent person. Han må stole på at de profesjonelle gjør sitt beste for å hjelpe ham. Som Molander skriver blir relasjonen mellom klient og profesjonell asymmetrisk: For å bli frisk trenger pasienten kunnskap som han mangler og de profesjonelle har; han blir avhengig og

sårbar (Molander 2008). Denne sårbarheten øker når sensitiv informasjon må gis til en ukjent person som er en del av systemet.

Fordi pasienten vet at han kan forvente at de profesjonelle er bundet av taushetsplikt kan han gi fra seg opplysninger som han ellers ikke ville ha snakket om. Mange har en grunnleggende tillit til helsevesenet. Pasientene vet at de som arbeider der vil dem vel; derfor gir de sensitiv informasjon fra seg uten mistanke om at den kunne misligholdes. En sentral tanke i nærhetsetikken er at de sterkeste moralske føringer i vårt handlingsliv springer ut av det konkrete møtet med den andre. Det er i møtet med den andre at vårt ansvar for den andre gjør seg gjeldende – ikke som et fritt valg jeg påtar eller ikke påtar meg, men snarere som en absolutt fordring som hviler på mine skuldre (Vetlesen 1996: 8).

En pasient må kunne forvente personvern, at opplysningene som blir brukt i behandlingssammenheng kun blir kjent for de personene som er direkte knyttet til hans behandling. At pasienter forventer at personvernet blir ivaretatt bekrefter også studien (Karro 2005) som tidligere ble nevnt i oppgaven.

I omgangen med skriftlig pasientinformasjon er helsepersonellet forsiktig; det har blitt fokusert mye på hvordan journalen skal forvares for at ikke uvedkommende skal få innsyn. Når papirbasert pasientopplysninger skal sendes videre sammen med pasienten, blir den lagt i en forseglet konvolutt. Når informasjonen videreformidles muntlig, ser det ut som om det ikke er like nøye med personvernet. Egentlig skulle helsepersonellet være like forsiktig i omgangen med muntlig overlevering av sensitiv informasjon, men det er lettere å holde en papirjournal unna uvedkommendes innsyn, enn det er å kontrollere hvem som kan overhøre en samtale som blir ført helsepersonell imellom eller med en pasient.

En av respondentene beskrev situasjonen som følgende:

*”Pasienten i nabosengen blir en tredjepart uten at han ønsker det; ufrivillig deltaker i taushetsbelagt informasjon uten å kunne unngå det”* (svar fra intervjuet).

Når konteksten gjør det vanskelig å ivareta personvern er det enda viktigere for alt helsepersonell som forvarer og videreformidler pasientinformasjon må være klar over at en tredjepart kan overhøre og gjenkjenne en person selv uten at navnet blir nevnt. Det gjelder å være spesielt forsiktig når sensitiv informasjon rapporteres videre.

Derfor er det viktig at avdelingene har kontinuerlig refleksjon og bevisstgjøring for de ansatte rundt omgangen med denne type informasjon, og hvordan enhver individuelt kan bidra til å ivareta pasientens personvern.

## 5.4 Mellommenneskelige aspekter

Under intervjuet kommer det tydelig frem at sykepleiere reagerer på det som skjer på avdelingen, de ser at en grense blir overskredet ved at pasientens personvern krenkes.

De er i et dilemma; på den ene siden stilles det krav om stor effektivitet i en kontekst som er tilpasset dette formål, og på den andre siden kommer de i konflikt med deres yrkesetiske retningslinjer og loven. Respondentene svarte at de opplevde å ha dårlig samvittighet. Alle var klare over at taushetsplikten er lovregulert og at de kom i konflikt med forskriftene. Det som de var mest bekymret over var den etiske siden ved krenkelsen av personvernet; selv når annet helsepersonell brøt taushetsplikten så sykepleierne at pasienten var den tapende part. For dem var det først og fremst den etiske siden de kom i konflikt med som virket belastende.

Selv om det daglig er mange pasienter innom en postoperativ avdeling, er det enkeltmennesket som helsepersonellet til enhver tid arbeider med; i profesjonell rollekontekst kreves det moralsk ansvar overfor pasienten.

Ved at en pasient gir sensitiv informasjon fra seg utleverer han seg selv og forventer å bli behandlet med respekt. Hans selvutlevering sender samtidig et krav til de profesjonelle, om at han ikke blir utlevert ved at hans personvern blir krenket; til den andres empati og ansvarsfølelse.

Pasienten står opprinnelige i en mottakelsesrelasjon. Ansvar vekkes i meg av Den andre. Men ansvar går bare i en retning: fra meg til Den andre. Det er ingen andre som har eller kan overta det ansvaret Den andre pålegger meg for akkurat ham eller henne. Ansvar er utelukkende min sak (Vetlesen 1996:37).

Profesjonsetikken legger vekt på betydningen av det praktiske møtet med den andre og hva det forplikter til. Den handler ikke om hva vi skal gjøre, den handler om hvordan vi gjør det vi gjør, og om det er riktig å gjøre tingene på akkurat den måten.

Det er kvaliteten i måten de profesjonelle samarbeider med pasientene på, og kvaliteten på hvordan de profesjonelle samhandler seg imellom, som vil spille en avgjørende rolle for den profesjonsetiske kvaliteten i arbeidet. Det er i denne samhandlingen at den profesjonelles egenskaper og karaktertrekk kommer til syne. Det er gjennom denne samhandlingen, og oppmerksomheten på den, at den profesjonelles muligheter til å lære og til å korrigere egenskaper kan finne sted (Christoffersen 2005: 47).

Hvis profesjonsmedlemmene skal lære hvordan at de skal samhandle, trenger de et holdepunkt å knytte seg til. Foruten profesjonsetikken kan det være erfaring (habitus) de har med seg fra tidligere, og det kan være en "kultur" på den nye arbeidsplassen. De nye sosialiseres/preges inn i et fellesskap. Skal vi inngå i en gruppe eller et team er det de yngre som læres opp av de eldre og de nyansatte av dem som har vært på avdelingen en tid.

Man skal ikke bare gi riktig behandling eller sykepleie, en skal gjøre dette på den rette måten, og med holdninger som respekterer den enkelte person i den individuelle situasjonen. Dette må være det grunnleggende utgangspunktet for god sykepleie, for legeskunst, for all helsehjelp. Omtanken for individet i den særegne situasjon.

De fleste lovbestemmelsene reflekterer verdistandpunkter. Det gjelder ikke minst bestemmelsene om helsehjelp. Slik sett utgjør etikken grunnlaget for lovgivningen, ikke minst på det helserettslige feltet. Etikken kommer derfor på en måte først og styrer lovgivningen. (Johannessen 2007: 237)

Loven krever at helsehjelpen skal være "forsvarlig", det er minimumsstandard, mens yrkesetiske fordringer krever optimal hjelp til pasientene, der personlig moral og den enkeltes plikter og ansvar har en selvsagt plass. Når arbeidsgiveren fastsetter omsorgsnivået til rettslig forsvarlig og helsepersonellet ut fra sine etiske retningslinjer tilstreber optimalt kan det føre til følelsesmessige konflikter.

*"Ikke alt som er tillatt ved lov er etisk riktig" (Ruyter 2007: 98).*

Det er en utfordring for fagpersonen å møte pasienten på en etisk riktig og faglig forsvarlig måte. Kort sagt er ikke faren at man ofte blir tvunget til å bryte de faglige og moralske forpliktelser som er skapt, men unnlater å ta vare på nødvendige relasjoner fordi man vet at de i neste omgang blir satt til side på grunn av faktorer som ressursknapphet (Vetlesen 1996: 154).

Hvorfor settes enkeltmennesket til side når økonomiske krav må innfris? Det er ledelsens ansvar å vektlegge de mellommenneskelige verdier; at personalet kan utføre sitt arbeid uten å komme i konflikt med samvittigheten, yrkesetiske retningslinjene og loven. Selv i en travel sykehushverdag med høye effektivitetskrav må det aldri glemmes at vi har med mennesker med iboende verdighet å gjøre.

## 6 Avslutning

Med denne oppgaven ville jeg belyse:

*Hvordan sykepleiere erfarer at taushetsbelagt informasjon håndteres på en postoperativ avdeling?*

*Hva er deres refleksjoner vedrørende pasientenes personvern?*

Fra utgangspunktet i en opplevelse på postoperativavdelingen som har vært min arbeidsplass i mange år, til den ferdige masteroppgaven, har det vært en lang vei: Med mastergrad i helseinformatikk, særinteresse for datasikkerhet og dokumentasjon, til den ferdige oppgaven om sykepleiernes opplevelse av omgang med taushetsbelagt informasjon, har jeg lært mye.

Det er mye å sette seg inn på, i problemområdet omfattes av lovverket og etikk. Alle profesjonsgrupper som arbeider i helsevesenet har lært viktigheten av personvernet i pasientbehandling. Likevel er det et stort sprik mellom teori og innsamlede data. Bare å skylde på de byggmessige forhold ville være feil; sikkert må arkitekturen ta sin del av skylda, men en stor del av problemet ligger også hos personalet.

For å undersøke om fenomenet er lignende andre steder enn på min arbeidsplass, har jeg gjennomført et fokusgruppeintervju på et annet sykehus. Det var en lærerik prosess å forberede og gjennomføre undersøkelsen. Selv om jeg var kjent med problemet, var det aldri meningen bare å gjennomføre en undersøkelse for å få bekreftet fenomenet jeg var ut etter.

Ved mange av de berørte intervju spørsmålene var svarene forventet å være som de var og jeg fikk bekreftet at omgangen med sensitiv informasjon er kladdeverdig også på andre sykehus. I tidligere forskning fant jeg resultater som styrket mine funn.

Teoretisk forankring gjorde jeg i kapittel 2, der jeg beskriver taushetsplikten og hva den betyr for helsepersonellet og pasienten i form av forskrifter, rettigheter og etisk perspektiv.

Avsnittet om tillit tar seg av asymmetrien i forholdet mellom pasient og helsevesenet som system og de ansatte som er involvert i behandlingen. En sårbarhet som viser seg når en person blir avhengig av enkelte mennesker som forvalter en tjeneste han trenger.

Som metode brukte jeg kvalitativ metode, det var den enkelte sykepleierens opplevelse jeg var interessert i å undersøke. Det var første gang jeg gjennomførte et fokusgruppeintervju alene og ved noen spørsmål ville jeg gått dypere inn, hadde spurt respondentene ytterligere om deres omgang med taushetsbelagt informasjon. Ved den aktuelle undersøkelsen kommer dessverre sykepleiernes egen omgang med taushetsbelagt informasjon i bakgrunn av fokuseringen på andre yrkes- og persongrupper.

Om jeg hadde fått et annet resultat ved flere enkeltintervjuer må stå åpent. Utvalget av respondenter viste seg å være optimalt og det var et tidsspørsmål at jeg kun gjennomførte et fokusgruppeintervju.

I etterkant er jeg glad over at jeg har gjennomført undersøkelsen blant sykepleiere fra samme arbeidsfeltet, men som likevel var ikke personlig kjent for meg. Jeg kunne holde meg til det faglige, mens på egen arbeidsplass hadde det vært mulig at jeg til og med var involvert i en hendelse og respondentene hadde vært inhabile.

Jeg har lært mye mens jeg fordypet meg i problemområdet og vil gjerne gjøre andre oppmerksom på personvernet og hva man individuelt kan bidra med for å beskytte pasientene.

# Litteraturliste

- Alvsvåg, H., Martinsen, K. (Red.), og Torsteinson, I. O. (1993). Den omtenksomme sykepleier : Artikkelsamling i forbindelse med at Diakonissehjemmets Sykepleierhøgskole Haraldsplass er 75 år i mai 1993. (s. 87-105). Oslo: Tano.
- Bauman, Z., Andersen, S., Nortvedt, P., Vetlesen, A. J.(Red.), og Norges forskningsråd . Etikkprogrammet. (1996). *Nærhetsetikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Bibelen, oversettelse 1978, Det Norske Bibelsselskaps forlag
- Bourdieu, P. , (1982): *Die Feinen Unterschiede*: Interview mit Hans Dieter Zimmermann für den Hessischen Rundfunk über „Die Feinen Unterschiede“. In: Bourdieu 1992, S. 31-48
- Bourdieu, P., (1999), *Kunnskap gjennom kroppen; i Meditasjoner* (s.134- 170), Oslo: Pax
- Connor, J. (2007). Disclosure of patient records. *Emergency Nurse : The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 15(6), 18-19.
- Dolva, J., Hansen, L., og Oehninger-Storvoll, G. (2006). *...Med blick for livsviktige detaljer!* Upublisert Masteroppgave Sundhetsinformatik, Aalborg Universitet.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som udgangspunkt : Det kvalitative forskningsinterview* (2. utg .). København: Akademisk Forlag.
- Forskningsetiske retningslinjer*. (2009). (lastet ned 30.november 2009), <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Naturvitenskap-og-teknologi/Forskningsetikk/>
- Forvaltningsloven*. (1977) Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 10.2.1967 nr. 40.(lastet ned30. nov.2009) <http://www.lovdato.no/all/tl-19670210-000-003.html#13>
- Griffith, R. (2007). Understanding confidentiality and disclosure of patient information. *British Journal of Community Nursing*, 12(11), 530-534.



- Grimen, H. (2008). *Profesjon og tillit*. I A. Molander, A. (Red.), og Terum, L. I. (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Forholdet mellom lovbestemt taushetsplikt, helsepersonells dokumentasjonsplikt etter helselovgivningen og arkivlovens krav til behandling av dokumentasjon*. (lastet ned 23. november 2009), [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover\\_regler/retningslinjer/2007/Brev-om-forholdet-mellom-taushetsplikt-helsepersonells-dokumentasjonsplikt-og-krav-til-behandling-av.html?id=443383](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/retningslinjer/2007/Brev-om-forholdet-mellom-taushetsplikt-helsepersonells-dokumentasjonsplikt-og-krav-til-behandling-av.html?id=443383)
- Helsepersonelloven (1999). lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64*. (lastet ned 30. november 2009), <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>
- Henriksen, J., og Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse : Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3 utg. ). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer : Innføring i organisasjon og ledelse* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlag.
- Johannessen, K. I. (Red.). (2007). *Godt rett rettferdig, etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe.
- Johansen, K. E., og Vetlesen, A. J.(Red.) (2000). *Innføring i etikk* (Rev utg ). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jurt, J. (2008). *Bourdieu*. Stuttgart: Reclam.
- Karro, J., Dent, A. W., og Farish, S. (2005). Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. *Emergency Medicine Australasia : EMA*, 17(2), 117-123.  
doi:10.1111/j.1742-6723.2005.00702.x
- Nasjonalt kompetansesenter for IKT i helse- og sosialsektoren. *EPJ- elektronisk pasientjournal*. (lastet ned 30. november 2009), [http://kith.no/templates/kith\\_WebPage\\_569.aspx](http://kith.no/templates/kith_WebPage_569.aspx)
- Kjørup, S. (2008). Hermeneutikken. In S. Kjørup (Ed.), *Menneskevidenskapene* ( s. 265-287). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvalnes, Ø. (2008). *Se gorillaen!: Etikk i arbeid* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Laake, P., og Benestad, H. B. (2004). *Forskningsmetode i medisin og biofag*. (s. 283-311). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lisseman, I. (2000). Maintaining confidentiality and information-giving in intensive care. *Nursing in Critical Care*, 5(4), 187-193.
- Mauritzen, A. M., Mølstad, K., Angermo, L. M. J., Norsk sykepleierforbund, og Sykepleiernes forum for IKT og dokumentasjon. (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal* (4. utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Mlinek, E. J., og Pierce, J. (1997). Confidentiality and privacy breaches in a university hospital emergency department. *Academic Emergency Medicine : Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 4(12), 1142-1146.
- Norsk sykepleierforbund. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler* (Rev utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Ohnstad, B. (2003). *Taushetsplikt, personvern og informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olsen, J. C., Cutcliffe, B., og O'Brien, B. C. (2008). Emergency department design and patient perceptions of privacy and confidentiality. *The Journal of Emergency Medicine*, 35(3), 317-320. doi:10.1016/j.jemermed.2007.10.029
- Gimmingsrud, J.(2010) *Overlege snoket i pasientjournal*. (lastet ned 2.Februar 2010), <http://nrk.no/nyheter/distrikt/ostfold/1.6972750>
- Personopplysningsloven (2000) lov om behandling av personopplysninger 9 jan 2009 nr. 3.* (lastet ned 25.november 2009). <http://www.lovdata.no/all/nl-20000414-031.html>
- Pasientrettighetsloven (1999) lov om pasientrettigheter 2. juli 1999 nr. 63.* (lastet ned 23. november 2009), <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-3>

- Personvern- og personopplysningsrett* (2005). (lastet ned 25.november 2009),  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2005/NOU-2005-01/15.html?id=389739>
- Ralf Ludwig. (2008). *Kant für Anfänger; eine Lese-Einführung*. München: Dt. Taschenbuch-Verlag
- Rauprich, O. (2005). *Prinzipienethik in der Biomedizin Moralphilosophie und medizinische Praxis* (1. utg.). Frankfurt am Main: Campus-Verlag
- Ruyter, K. W., Førde, R., og Solbakk, J. H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sandvand, E., og Vabo, G. (2007). *Dokumentasjon i sykepleien: En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Schilcher, C. (2001). Der Beitrag von Pierre Bourdieu zur Sozialstrukturanalyse der gegenwärtigen Gesellschaften. Am Institut für Soziologie FB 2, TU-Darmstadt). (lastet ned 30.oktober 2009),  
[http://www.sicetnon.org/content/perform/Schilcher\\_Bourdieu.pdf](http://www.sicetnon.org/content/perform/Schilcher_Bourdieu.pdf)
- Shepherd, J. P., Ho, M., Shepherd, H. R., og Sivarajasingam, V. (2006). Confidential registration in health services: Randomised controlled trial. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 23(6), 425-427. doi:10.1136/emj.2004.021030
- Skjervheim, H. (2001). Deltakar og tilskodar. (s. 473-481) Universitetsforlaget
- Straffeloven*. (1902) *Almindelig borgerlig Straffelov av 28 juli 2000 nr. 73*, (lastet ned 25.november 2009), <http://www.lovdato.no/all/hl-19020522-010.html#121>
- Taushetsplikt*. (2005). NOU 2005:1, (lastet ned 25. november 2009),  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2005/NOU-2005-01/14/5.html?id=389738>
- Ubel, P. A., Zell, M. M., Miller, D. J., Fischer, G. S., Peters-Stefani, D., og Arnold, R. M. (1995). Elevator talk: Observational study of inappropriate comments in a public space. *The American Journal of Medicine*, 99(2), 190-194.

Vetlesen, A.J. (red.), Baumann, Z., Nortvedt og P., Andersen, S.,(1996) *Nærhetsetikk*. Oslo: Ad  
Notam Gyldendal

Wikipedia, den frie encyklopedi. *Den hippokratiske ed*. (lastet ned 15.februar 2010)

[http://no.wikipedia.org/wiki/Den\\_hippokratiske\\_ed](http://no.wikipedia.org/wiki/Den_hippokratiske_ed)

Wyller, T., Ruyter, K. W., og Christoffersen, S. A. (2005). *Profesjonsetikk : Om etiske  
perspektiver i arbeidet med mennesker*. Oslo: Universitetsforlaget



# Vedlegg:

## Vedlegg1:

### Intervjuguide

Målet med samtalen er å få frem spontane beskrivelser av en situasjon eller opplevelse.

Jeg kommer først å be informantene om å fortelle hvordan at dagen avløper og hvilke hendelser som er preget av rutine. En pasients opphold på den aktuelle avdelingen.

Rutiner med overlevering av opplysninger, hvordan foregår det?

*Siden ber jeg dem å beskrive noen hendelser litt nærmere:*

Beskriv en typisk situasjon hvor dere skal informere pasientene / pårørende om taushetsbelagt informasjon – *Hva ble sagt, hvilke opplysninger ble gitt til hvem?*

Fortell om en gang du var i tvil om hvordan du skulle få snakket med en pasient uten å bryte taushetsplikten i forhold til de andre som var på rommet? *Hvem var på rommet da det skjedde (pårørende, andre pasienter) Hvilken dilemmaer opplever du?*

*Hva var det egentlig som skjedde, kan du gå litt mer i detaljene*

Hva tenker du om denne situasjonen? (som person, hvordan ville du oppleve situasjonen hvis du var pasient eller pårørende?)

*Hvordan tenker du ut fra den profesjonelles syn?*

Ble det gjort tiltak for å bedre situasjonen? (fysiske, bevisstgjøring, retningslinjer) Dersom du kunne forandre på noe hva ville det være? Hva tenker dere kan gjøres for å unngå å bryte taushetsplikten på deres avdeling?

Kan du fortelle om en situasjon som har gjort inntrykk på deg?

Siden ber jeg dem å beskrive noen hendelser litt nærmere,

Hvem var på rommet da det skjedde (pårørende, andre pasienter)

Hva var det egentlig som skjedde, kan du gå litt mer i detaljene

Hva ble sagt, hvilke opplysninger ble gitt til hvem

Hva tenker du om denne situasjonen? (som person)

Hvordan tenker du ut fra den profesjonelles syn?

Ble det gjort tiltak for å bedre situasjonen? (fysiske, bevisstgjøring, retningslinjer)

## Vedlegg 2:



### Informasjonsskriv

Kjære kollega!

Jeg er student i profesjonsetikk ved det teologiske fakultet på Universitetet i Oslo. I forbindelse med masteroppgaven skal jeg samle inn datamateriale ved din avdeling. Ved siden av studiet jobber jeg som anestesisykepleier på intensiv/ postoperativ avdeling på Sykehuset Østfold i Fredrikstad.

Temaet for min masteroppgave er sykepleiernes omgang med taushetsplikten. Jeg vil undersøke hvordan dere behandler taushetsbelagt informasjon som skal videreformidles muntlig på en stue hvor det ligger flere pasienter og noen ganger også pårørende er tilstede.

Spørsmål jeg ønsker å belyse i oppgaven er, hvordan taushetsplikten håndheves på en akuttavdeling.

Som ledd i min utdanning planlegger jeg å intervju noen sykepleiere ved en akuttklinikk.

Det er frivillig å delta, og du står til en hver tid fritt i å trekke deg fra prosjektet.

Ved intervjuet ønsker jeg å bruke diktafon slik at det som sies blir korrekt gjengitt. Jeg vil understreke at alle data som samles inn blir anonymisert og konfidensielt behandlet, og forskningsetiske retningslinjer vil bli fulgt. Etter at samtalen er skrevet ned vil hele opptaket bli slettet.

Jeg har fått skriftlig tillatelse av Grethe Høghaug til å gjennomføre undersøkelsen.

Min veileder er førsteamanuensis Lisbeth Thoresen, ansatt ved Universitetet i Oslo, teologisk fakultet. [Lisbeth.Thoresen@teologi.uio.no](mailto:Lisbeth.Thoresen@teologi.uio.no)



Jeg håper du stiller deg positiv til å delta.

Fredrikstad, 4. november 2009

Med vennlig hilsen  
Gabriele Oehninger-Storvoll  
Søndre Skrellen 4  
1613 Fredrikstad

Ta gjerne kontakt hvis du lurere på noe, enten på mobil 40 22 26 58, eller på mail;  
[gabriele@skrellen.com](mailto:gabriele@skrellen.com)

### **Vedlegg 3:**



### **Samtykkeerklæring til deltagelse i studien:**

”Sykepleiernes omgang med taushetsplikten på en postoperativ avdeling”

Som deltager i prosjektet er jeg gjort kjent med hva deltagelsen innebærer. Jeg er inneforstått med at deltagelsen er frivillig, og at jeg kan trekke meg når som helst uten å oppgi grunn. Jeg har fått klar informasjon om at dataene som blir samlet inn vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Forsker har taushetsplikt og etiske retningslinjer vil bli fulgt. Jeg sier meg villig til å være med på prosjektet.

Dato.....

Signatur.....

#### **Vedlegg 4:**

Gabriele Oehninger-Storvoll

Søndre Skrellen 4

1613 Fredrikstad

Fredrikstad, 14.10.09

Intensivavdeling

v/ avdelingsleder

NN

Sykehus XY

0000 XXX

#### **Informasjon vedrørende gjennomføring av et fokusgruppeintervju**

Henviser til e-mailen den 31.august 2009, fra NN som gir meg tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen ved postoperativ avdelingen.

Jeg er student på Mastergradstudiet i Profesjonsetikk og Diakoni ved det Teologiske Fakultetet i Oslo. Ved siden av studiet arbeider jeg som anestesisykepleier på intensiv/postoperativ avdeling ved Sykehuset Østfold. Dessverre er konteksten på min avdeling slik, at det er vanskelig å opprettholde taushetsplikten. Det er med bakgrunn i egen og kollegers erfaring at jeg ønsker å sette fokus på problemet. Temaet for min masteroppgave er sykepleiernes omgang med taushetsplikten på en postoperativ avdeling der det er mange pasienter til stede. Muntlig informasjon mellom helsearbeidere og mellom helsearbeidere og pasienter utfordrer taushetsplikten. Det jeg vil undersøke er, hvordan taushetsplikten håndheves i en akuttavdeling.

Min fokus ligger ved den muntlige overleveringen av sensitive opplysninger. Når det ligger flere pasienter på samme rom er det ikke til å unngå at de får med seg en del av medpasientenes samtaler med helsepersonellet. Det er denne delen av brudd på taushetsplikten jeg vil undersøke nærmere. Sykehusets ansatte har taushetsplikt, men det har ikke medpasienter og pårørende. Hva gjør sykepleiere for å takle den uheldige situasjonen?

Jeg søker med dette om tillatelse til å rekruttere 4 sykepleiere ved postoperativ avdeling til å delta i et fokusgruppeintervju. Jeg ber dere om å velge ut informanter for meg, utvalget skal gjenspeile personalbesetning på en vanlig vakt. I intervjuene ønsker jeg å få frem sykepleiernes erfaringer omkring overføring av muntlig, taushetsbelagt pasientinformasjon. Intervjuet vil vare i ca. en time, og jeg håper at det kan legges til rette for dette i avdelingen.

Jeg vil gjerne gjennomføre intervjuet i november. Prosjektet er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og er vurdert som ikke meldepliktig.

Ved intervju ønsker jeg å bruke båndopptaker for å kunne gjengi opplysningene så nøyaktig som mulig. Alle data som samles inn vil bli konfidensielt behandlet og anonymisert, slik at den enkelte sykepleier ikke kan bli identifisert og forskningsetiske retningslinjer vil bli fulgt. Sykepleiere ved seksjonen vil få forelagt et informasjonsskriv (se vedlegg) om undersøkelsen, det er frivillig å delta. Ifølge svar fra NSD er prosjektet ikke meldepliktig.

Tidspunkt for gjennomføring av intervjuet og utvalg av informanter vil jeg avtale med avdelingens ledelse.

For formalitetens skyld trenger jeg skriftlig tillatelse før gjennomføring av intervjuet.

Min veileder vil være førsteamanuensis Lisbeth Thoresen, ansatt ved Universitetet i Oslo, teologisk fakultet. [Lisbeth.Thoresen@teologi.uio.no](mailto:Lisbeth.Thoresen@teologi.uio.no)

Med vennlig hilsen

Gabriele Oehninger-Storvoll  
Søndre Skrellen 4  
1613 Fredrikstad

## Vedlegg 5:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Lisbeth Thoresen  
Det teologiske fakultet  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1023 Blindern  
0315 OSLO

Vår dato: 24.07.2009

Vår ref: 22268 / 2 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.06.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22268	<i>Taushetsplikten, hva gjør sykepleiere på en akuttavdeling for ikke å bryte taushetsplikten i en kontekst som gjør det vanskelig å ivareta?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Lisbeth Thoresen
Student	Gabriele Oehninger-Storvoll

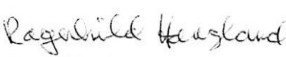
Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.


Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henriksen

  
Ragnhild Kise Haugland

  
Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Gabriele Oehninger-Storvoll, Søndre Skrellen 4, 1613 FREDRIKSTAD

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

## Vedlegg 6:

### Personvernombudet for forskning



#### Prosjektvurdering - Kommentar

22268

Utvalget består av 4-6 sykepleiere ved en akuttavdeling. Ledelsen eller fagsykepleier ved sykehuset setter studenten i kontakt med aktuelle informanter. Det gis informasjon om prosjektet og innhentes samtykke til deltakelse. Opplysningene samles inn gjennom intervju. Personvernombudet legger til grunn at det ikke innhentes eller registreres opplysninger om tredjepersoner (pasienter), og at taushetsplikten derfor ikke er til hinder.

Intervjuene tas opp på lydbånd. Lydbåndene legges ikke inn på pc, minnepinne eller liknende som lydfiler, men transkriberes manuelt inn på pc. Intervjutranskripsjonene er anonyme. Vi minner om at anonyme opplysninger er opplysninger som det ikke er mulig å direkte (via navn eller fødselsnummer eller referanse til slike opplysninger) eller indirekte (via sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. navn på arbeidssted, kjønn, alder og stilling eller liknende) føre tilbake til enkeltpersoner.

På bakgrunn av dette vurderer ombudet prosjektet som ikke meldepliktig i henhold til personopplysningsloven.

Lydbånd slettes senest innen prosjektslutt, 20. juni 2010.